QUESTIONS RELATIVES À LA PROMOTION DE LA SANTÉ EN ONTARIO

M. Steve Podborski (Président)
Dr Andrew Pipe (Vice-président)
Dr Maurice Jette
Mad. Marilyn Knox
M. Norman Panzica
Dr Stuart Robbins
Mad. Nancy Shosenberg

Un rapport du Groupe consultatif du ministre sur la promotion de la santé 1987

ISBN 0-7729-3163-1
OCT. 87. 350

L'honorable Elinor Caplan, M.P.P.
Oriole
Ministre de la Santé
10e étage, Édifice Hepburn
Queen's Park
Toronto (Ontario)
M7A 2C4

Madame la Ministre,

C'est avec un grand plaisir que nous vous soumettons le présent rapport du Groupe consultatif du ministre sur la promotion de la santé.

Suite à notre nomination, il y a presque trois ans, nous avons profité de l'occasion qui nous a été donnée pour rencontrer les citoyens de l'Ontario. Nous avons étudié leur intérêt et leurs soucis relatifs à l'élaboration des initiatives sur le plan de la promotion de la santé. Nos activités au cours des derniers mois ont culminé dans le cadre du «Projet de dialogue communautaire» qui a su jeter une lumière accrue sur les perceptions du public touchant les questions relatives à la promotion de la santé. Nos discussions et délibérations nous ont amenés à formuler les recommandations que renferme le présent rapport.

Nous avons certainement apprécié l'appui et l'encouragement que votre ministère nous a apportés et espérons que notre rapport mérite la confiance que vous avez sue nous accorder.

Veuillez agréer, Madame la Ministre, l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

Steve Podborski (Président)

Andrew Pipe (Vice-président)

Norman Panzica

Maurice Jette

Stuart Robbins

Marilyn Knox

Nancy Shosenberg

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES iv

REMERCIEMENTS v

PRÉAMBULE vi

PARTIE A - LE DIALOGUE COMMUNAUTAIRE 1

I. POINTS SAILLANTS 3

Ce qui se passe dans les collectivités de l'Ontario 3

Possibilités d'action 4

Perceptions clés 4

II. NOS DÉMARCHES - PROCÉDURES DU PROJET 7

Raisons pour lesquelles ce projet est différent 7

Objectifs du Projet de dialogue communautaire 8

Processus 8

III. RÉSULTATS DE NOS RECHERCHES 11

Questions relatives aux environnements physique et social 11
La pollution 11
Le travailleur/lieu de travail 12
Les écoles 15

Questions relatives à l'équité 17
La pauvreté 17
Le logement 18
Les transports 19
L'accessibilité aux services de santé 20

Questions relatives au mode de vie 22
Les loisirs 22
La nutrition 24
L'usage abusif de drogues et d'alcool 27
Le tabagisme 29

Questions relatives à la maladie 31
La santé mentale 31
Le SIDA 33

Questions relatives aux groupes spéciaux 35
Les personnes âgées 35
Les femmes 36
Les groupes multiculturels 38
Les autochtones 39

Questions relatives aux intervenants principaux 40
La collectivité 40
Le gouvernement 42
Le secteur de la santé publique 45

Questions relatives aux stratégies principales 46
La promotion de la santé et la sensibilisation du public 46
Les aptitudes à la vie quotidienne 48
Le leadership 49
Les données 50
L'argent 51

IV. À QUOI DOIT-ON S'ATTENDRE? 53

Recommandations 53

Une mission d'envergure élargie pour le ministère de la Santé 54

Que peut-on faire «AUJOURD'HUI»? 54

Que peut-on faire «LA SEMAINE PROCHAINE»? 54

Que peut-on faire «LE MOIS PROCHAIN»? 55

Que peut-on faire «CETTE ANNEE»? 58

V. CONCLUSION 59

PARTIE B - LES PROFILS DES COLLECTIVITÉS 60

I BARRIE 62

II CORNWALL 66

III DRYDEN 72

IV HAMILTON 78

V OTTAWA (Quartier de Dalhousie) 84

vi PETROLIA.....92

VII SAULT-SAINTE-MARIE.....97

VIII TIMMINS.....104

IX WINDSOR.....110

ANNEXE A : Mandat du Groupe et liste de ses membres

ANNEXE B : Cadre de travail conceptuel pour la promotion de la santé

ANNEXE C : Groupes et individus ayant rencontré le Groupe consultatif du ministre, depuis sa nomination

ANNEXE D : Nos interlocuteurs dans chaque collectivité

ANNEXE E : Questionnaire

ANNEXE F : Stratégies intersectorielles pour la promotion de la santé

ANNEXE G : Questions soulevées dans chaque collectivité

LISTE DES FIGURES

1. Deux styles possibles de fonctionnement pour le ministère de la Santé

2. Marches vers une meilleure santé en Ontario

REMERCIEMENTS

Les membres du Groupe consultatif souhaiteraient remercier :

...Les gens de l'Ontario, qui avec tant de bonne volonté, ont partagé leur temps et leurs pensées. Leurs activités et intérêt démontrent leur engagement envers la promotion de la santé.

...Kate Wilson, directrice du projet; Peter Coleridge, coordonnateur du projet et Joanne Wilson, secrétaire du projet sans l'énergie et l'enthousiasme desquels le Dialogue communautaire n'aurait pas été possible.

...Suzanne Jackson, Ph.D., direction de la promotion de la santé, pour sa diligence et son dévouement.

PRÉAMBULE

Au mois d'octobre 1984, le ministre de la Santé, avec comme intention de participer plus activement aux programmes de promotion de la santé et de prévention de la maladie, nommait M. Stephen Podborski et une équipe d'autres personnes de souches et de disciplines diverses, afin que le Groupe lui formule des recommandations à cet effet (voir l'Annexe A, Mandat et liste des membres).

Au titre du mandat d'origine, les travaux devaient porter sur quatre secteurs, à savoir l'usage abusif de l'alcool et des drogues, l'activité physique, la nutrition et le tabagisme. Le Groupe consultatif s'est rendu compte que de concentrer son énergie dans ces quelques secteurs serait d'ignorer tant une littérature qui se développe rapidement qu'un ensemble de connaissances qui indiquent que la promotion d'ensemble de la santé[1] est une activité dans le cadre de laquelle intervient un éventail de facteurs, circonstances et structures d'une portée beaucoup plus grande que l'importance étroitement définie et restreinte accordée au «mode de vie». En conséquence, le Groupe s'est attaché à étudier dans une perspective plus libérale l'élaboration des stratégies sur le plan de la promotion de la santé pour la province.

La promotion de la santé, comme nous l'avons appris, est une activité qui, de façon optimale, se dirige au niveau communautaire grâce à l'intervention des membres de la collectivité habilités à décider ce qui convient pour leurs questions de santé. Par conséquent, il est nécessaire de comprendre comment les citoyens de l'Ontario perçoivent leurs besoins et leurs problèmes sur le plan de la santé. Ainsi donc, et dans le cadre d'un programme général de «dialogue communautaire», les membres de notre groupe ont rencontré et écouté les membres de neuf collectivités ontariennes.

Le présent rapport documente leurs soucis. Il ne se veut pas, et là n'était pas le but, d'être une analyse méthodique et une interprétation de données objectives, ni un traité académique sur le sujet. Ce rapport est plutôt une expression des démarches communautaires sur le plan de la promotion de la santé et des possibilités qui s'y rattachent, qui nous l'espérons, saura retenir aussi bien l'attention du ministre que celle du public.

La gamme complète des activités du Groupe consultatif a revêtu, d'une certaine façon, la forme d'un dialogue communautaire plus étendu. Nous avons parlé à de nombreux auditoires et participé à un éventail de programmes et de présentations qui s'adressait tant au profane qu'au professionnel. Par conséquent, nous pensons avoir élaboré un sens de perception communautaire de la «promotion de la santé» qui est sans doute sans égal. Notre rapport, ainsi donc, est une quintessence des perceptions et recommandations émanant du dialogue communautaire, de la mise en lumière et des expériences de trois années, ainsi que de nos réflexions tant personnelles que collectives.

Annotation

1. La promotion de la santé est le processus permettant aux gens d'accroître leur contrôle sur leur santé et de l'améliorer. Promotion de la santé, un document de discussion sur le concept et les principes. Organisation Mondiale de la Santé, Copenhagen, du 9 au 13 juillet 1984.

PARTIE A

LE DIALOGUE COMMUNAUTAIRE

I. POINTS SAILLANTS

Ce qui se passe dans les collectivités de l'Ontario

Les collectivités ontariennes sont animées par des gens bien informés et actifs qui sont à la source des changements au niveau local. Voici ce dont nous avons été témoin :

- Les personnes âgées à Windsor prennent en charge leurs propres affaires...
- Le dévouement des travailleurs de la banque d'aliments de Dalhousie envers les gens qu'ils desservent...
- L'esprit de bénévolat des résidents de Dryden qui maintient la collectivité fleurissante d'activités...
- Les gens de Cornwall bénéficiant de programmes avancés d'éducation en matière de santé en utilisant les médias chaque fois qu'ils le peuvent...
- Les gens de Petrolia qui honorent la dignité de leurs handicapés...
- Le dévouement du Comité de direction des soins à long terme du Conseil régional de santé de Timmins sur le plan de la coordination du développement des programmes et du matériel ressource pour les personnes âgées...
- La ville de Barrie, une collectivité connaissant un essor intense, à la recherche d'une nouvelle identité...
- Le besoin de liberté de choix sur le plan des thérapies de soins de santé qui s'est fait bien entendre à Hamilton...
- La détermination des résidents de Sault-Sainte-Marie à trouver des moyens pour se regrouper et faire face aux problèmes de licenciement et de chômage.

L'enthousiasme, l'initiative et un véritable désir de faire de leur collectivité un meilleur endroit où vivre caractérisent l'esprit des dirigeants de nos villes et localités. Ils recherchent le leadership, le respect et l'uniformité de Queen's Park, ainsi que la reconnaissance de ce qu'ils ont accompli. Ils veulent la souplesse de pouvoir appliquer des solutions d'ordre local aux problèmes locaux.

Possibilités d'action

Les gens et les collectivités sont bien disposés à participer aux activités de promotion de la santé, mais leurs points de départ diffèrent. Un plan simple et précis pour le système de santé dans son entier est nécessaire. En outre, il importe de reconnaître le droit de chaque Ontarien(ne) d'avoir le contrôle sur sa propre santé.

Le LEADERSHIP est un élément important. Non pas l'attitude «Je vous dis quoi faire», mais l'attitude «Je suis en mesure de reconnaître votre potentiel, œuvrons ensemble». Cela signifie d'aider les personnes, collectivités, professionnels de la santé, employeurs et représentants gouvernementaux à réussir dans les choses qu'ils désirent entreprendre.

ÉTABLIR DES LIENS avec les chefs de file communautaires, les autres ministères et les Ontariens est également une démarche nécessaire. L'uniformité, le souci, l'enthousiasme et la souplesse caractérisent une approche orientée vers les consommateurs en ce qui a trait à la promotion de la santé.

RAPPROCHER LES STRATÈGES DES GENS. Les stratèges, œuvrant sur le plan de la création des politiques, ont besoin de trouver de nouvelles façons d'aborder les problèmes actuels en passant plus de temps au sein des collectivités.

Perceptions clés

DISPOSITION

Les collectivités sont disposées à œuvrer dans un esprit d'association pour améliorer la santé. Nous avons observé de la participation, de l'initiative, de l'enthousiasme et la capacité de résoudre les problèmes chez toutes les collectivités. Quel travail est à faire et qui le fera était sans équivoque. La santé publique constitue un secteur de choix pour aider le «processus d'habilitation» au niveau régional. Le lieu de travail offre un autre débouché pour améliorer la santé. Un intérêt existe en ce qui à trait à l'amélioration des conditions de travail et de la productivité, tant chez les employeurs que chez les employés. C'est en œuvrant ensemble pour améliorer la santé que ces deux objectifs seront réalisés.

DISTANCE

«Si proches, bien que si éloignés» a été le thème qui revenait des relations dans le cadre des relations familiales, entre voisins, parmi les professionnels de la santé et avec le gouvernement. Il sévit un besoin accru d'écouter et de parler afin d'accroître le niveau d'action réciproque et de dialogue.

ENTRAVES

La **pollution de l'environnement** s'est placé en tête de liste des questions relatives à la santé. La qualité de l'air, de l'eau, des aliments et du sol est un sujet qui est revenu maintes fois, teinté de variations locales, chez les neuf collectivités.

La **tension** (la souffrance de la vie quotidienne) n'a pas été un sujet facile à discuter, bien qu'elle tienne une place élevée sur la liste des questions relatives à la santé. Les individus l'ont perçue comme un déterminant clé de leur santé générale. Des discussions approfondies sur la tension au lieu de travail, les mères célibataires essayant de rebâtir leur vie, les adolescents s'efforçant d'établir des relations intimes avant qu'ils n'y soient prêts, sont des aspects qui caractérisaient la diversité des questions relatives à la santé mentale et à la tension.

L'**équité fondamentale** dans le cadre de la prestation des services, tels que les transports, la garde d'enfants, le logement et les soins de santé pour tous genres de personnes, notamment les pauvres, les autochtones, les femmes, les personnes âgées et les groupes multicul-turels s'est avérée une question prédominante.

Les **habitudes personnelles**, tels que la mauvaise alimentation, l'abus de drogues et le faible usage des installations de loisirs ont soulevé des questions. Le tabagisme et l'alcoolisme sont des problèmes bien reconnus en Ontario. La capacité de prendre des décisions a été perçue comme un élément essentiel des aptitudes chez les jeunes gens à assumer le plein contrôle de leur propre santé.

LA VOIE VERS LA SANTÉ

Les gens, lorsqu'ils pensent à leur santé, le font en termes généraux. Lorsqu'on leur demande ce qui affecte leur santé, les Ontariens ont indiqué une vaste gamme de facteurs, notamment la pollution de l'environnement, la somme d'argent dont ils disposent, ce qu'ils ont appris, leurs modes de vie et quels genres de ressources familiales et communautaires qui leur sont offertes. Ils ont remarqué qu'un grand nombre de leurs expériences quotidiennes avaient un effet sur leur santé. Les gens ont semblé satisfaits des soins médicaux, mais ont exprimé un certain souci en ce qui a trait à l'accessibilité à de tels services.

Nous pensons que la santé découle de la combinaison de plusieurs éléments, tels que des environnements propres, l'équité au niveau de l'accessibilité aux choses essentielles de la vie, la capacité de faire face aux tensions de la vie quotidienne et de bonnes habitudes en matière d'hygiène personnelle. Les Ontariens semblent comprendre ces facteurs, mais ont été frustrés par les messages contradictoires des médias et par un manque de reconnaissance et d'appui à l'endroit de leurs initiatives au sein de ces secteurs. Un engagement accru de la part du ministère de la Santé et des professionnels de la santé envers cette perception plus générale est indubitablement nécessaire.

II. NOS DÉMARCHES - PROCÉDURES DU PROJET

Le Groupe consultatif du ministre sur la promotion de la santé a été nommé en automne 1984 avec comme attribution de conseiller le ministre de la Santé sur les orientations en matière de promotion de la santé en Ontario. Au cours des trois années qui suivirent, nous avons élaboré un cadre de travail conceptuel pour la promotion de la santé (Annexe B), assemblé certaines données sur l'état de santé en l'Ontario[1], rencontré de nombreux organismes et personnes (Annexe C) et tenu une conférence sur les questions relatives à la promotion de la santé. Une partie importante de notre philosophie a été de «s'assurer la participation régionale aux débats conceptuels sur la promotion de la santé»[2]. Gardant cela à l'esprit, nous avons conçu un Projet de dialogue communautaire afin de rencontrer et de consulter les membres des neuf collectivités ontariennes en ce qui a trait à leurs questions relatives à la promotion de la santé.

La majeure partie du présent rapport est consacrée aux résultats du Projet de dialogue communautaire. Cependant, les sections décrivant les perceptions et les conseils afférents aux mesures comprennent également les renseignements que le Groupe a glanés de toutes les réunions qu'il a tenues depuis sa création.

Raisons pour lesquelles ce projet est différent

Le Projet de dialogue communautaire est unique en son genre, car il donne aux collectivités l'occasion d'exprimer leurs points de vue sur la promotion de la santé à un groupe de bénévoles ayant un accès direct au ministre de la Santé. Vu que le Groupe était composé de représentants non gouvernementaux, qu'il n'a fait aucune promesse et n'a apporté aucune solution, la discussion a été ouverte.

Pris dans le cadre des autres études et rapports qui traitent actuellement du système de santé en Ontario, le Projet de dialogue communautaire contribue à établir ce qui fonctionnera et ce qui ne fonctionnera pas sur le plan communautaire. Le rapport du Groupe d'experts sur les objectifs en matière de santé en Ontario, La santé pour tout l'Ontario, établit l'orientation visant à améliorer la santé en Ontario; le rapport du Groupe d'étude sur le système de santé de l'Ontario, La santé en Ontario : vers une orientation commune, décrit le système de santé et indique certaines exigences pour l'améliorer. Le présent rapport du Groupe consultatif du ministre sur la promotion de la santé fait état de ce qui importe aux gens dans le cadre communautaire et propose certaines solutions qui d'après le Groupe sont viables.

Objectifs du Projet de dialogue communautaire

- Développer notre compréhension de l'étendue des questions et soucis de santé au sein des collectivités ontariennes.

- Donner un élan qui incitera les collectivités ontariennes à prendre en charge des activités de promotion de la santé.

- Aider les collectivités à établir les prochaines étapes pour les initiatives de promotion de la santé à l'échelon régional.

Processus

1. SÉLECTION DES COLLECTIVITÉS

La première étape a consisté à choisir les collectivités à visiter. Pour ce faire, nous nous sommes basés sur les critères suivants :

- Population (grande, plus de 200 000 ha.; moyenne, 50 000 à 199 000 ha.; petite, moins de 50 000 ha.)

- Langue/composition ethnique (grande, 45 % et plus; moyenne, 5 à 44 %; petite, moins de 5 %)

- Composition socio-économique

- Lieu (6 régions de planification de la santé en Ontario)

- Une infrastructure communautaire allant de forte à faible

- L'ampleur et le nombre de besoins auto-identifiés en matière de santé

- Le nombre d'initiatives communautaires réussies

- L'intérêt des médias de la région dans les questions de santé

Les collectivités ont été évaluées selon les critères ci-dessus, fondés sur des renseignements obtenus auprès des médecins hygiénistes ou (et) des directeurs des soins infirmiers des services de la santé publique, et tirés de données démographiques provenant de diverses sources.

Les collectivités suivantes ont été choisies :

- Barrie
- Cornwall
- Dryden
- Hamilton
- Ottawa
- Petrolia
- Sault-Sainte-Marie
- Timmins
- Windsor

2. RÉUNIONS PRÉALABLES

La deuxième étape a consisté à tenir des réunions officieuses au sein des neuf collectivités avec des bénévoles, étudiants collégiaux, personnes âgées, groupes de femmes, représentants multiculturels, centres d'amitié autochtones, conseils régionaux de santé, services de la santé publique et représentants des secteurs du travail et de l'industrie (Annexe D). Ces réunions ont été conçues afin de réunir des informations concernant les activités de promotion de la santé et les questions relatives à la santé au sein de chaque collectivité. La chambre de commerce, le bureau des services sociaux, ainsi que le service des parcs et loisirs de la région ont également été contactés afin d'obtenir des renseignements démographiques. De plus, un questionnaire (Annexe E) a été distribué dans chaque collectivité afin d'échantillonner les perceptions que les gens ont de leur santé et de leur collectivité.

3. TRIBUNES COMMUNAUTAIRES

La troisième étape a consisté en une discussion publique libre sur les questions de santé communautaire et de promotion de la santé au sein de chacune des neuf collectivités. Ces réunions de deux heures se sont déroulés le soir et consistaient en une courte présentation de la part d'un des quatre membres du Groupe dans le cadre de laquelle il décrivait nos antécédents et notre philosophie relative à la promotion de la santé. Le reste de la séance était consacré à une discussion officieuse avec l'auditoire sur des questions relatives à la santé et à la promotion de la santé.

L'événement était publié dans la presse et des invitations étaient envoyées à 150 à 250 groupes communautaires, associations et résidents, y compris aux personnes qui avaient participé aux réunions préliminaires.

De cinquante à deux cent personnes ont assisté à chacune de ces discussions publiques et ont abordé un vaste éventail de questions relatives à la santé. Les gens ont apprécié l'occasion de faire entendre publiquement ce qui les préoccupait et de communiquer indirectement avec le ministre de la Santé.

Annotations

1. Groupe d'action de l'Ontario pour la promotion de la santé et la prévention des maladies, Proceedings of the study session "Heath Promotion - The Issues Emerge" Guild Inn, 12 et 13 janvier 1986.

2. Groupe d'action de l'Ontario pour la promotion de la santé et la prévention des maladies, Health Promotion Conceptual Framework, 1986 (Appendix B).

III. RÉSULTATS DE NOS RECHERCHES

Dans la présente section du rapport, nous discutons des questions qui ont été les plus courantes ou les plus fréquemment soulevées dans tout l'Ontario. Chaque question est décrite selon les perceptions des gens et les exemples qu'ils nous ont mentionnés, suivie des mesures que nous recommandons au ministre de la Santé.

1. QUESTIONS RELATIVES AUX ENVIRONNEMENTS PHYSIQUE ET SOCIAL

1.1 LA POLLUTION

Perceptions

- Les GENS pensent que l'environnement physique a une influence majeure sur la santé et que cela échappe à leur contrôle. Les gens se tournent vers le gouvernement pour y faire face.

- Les GENS pensent que ceux qui causent la pollution ne paient pas suffisamment au niveau des frais de nettoyage et des amendes.

- NOUS percevons un manque de communication entre les représentants gouvernementaux et la collectivité en ce qui a trait aux questions de pollution locale.

Exemples

- Un médecin à Corwall a déclaré :«Nous voyons de nombreux problèmes liés à la pollution sévissant dans cette ville. Je rencontre de nombreux asthmatiques, tant chez les jeunes enfants que chez les adultes. Je pense qu'il importe que nous fassions certaines études pour avoir les faits en main afin de convaincre le ministre que c'est vraiment un problème de santé.»

* Une personne à Hamilton a dit : «J'aimerais beaucoup que le ministre considère que se soit les responsables de la pollution qui soient chargés du nettoyage plutôt que de demander au contribuable de partager le fardeau des frais de leur pollution.»

* Un orateur à Windsor a parlé du besoin de rassembler des données sur la santé des Ontariens d'une manière géographique particulière de façon à pouvoir évaluer l'impact de la pollution.

Mesures recommandées

i Démontrer une reconnaissance de la perception du public, à savoir que l'environnement touche directement sa santé.

ii Rendre les amendes pour la pollution plus représentatives des frais que la pollution engendre pour la collectivité.

iii Rassembler et examiner des données relatives à la pollution de l'environnement et à la santé sur une base régionale et partager celles-ci avec les collectivités.

iv Œuvrer avec le ministre de l'Environnement en vue de réévaluer les normes environnementales à la lumière de nouvelles données.

v Accorder des fonds aux services régionaux de la santé publique afin qu'ils travaillent avec le ministère de l'Environnement et la collectivité sur des questions locales d'ordre environnemental.

1.2 LE TRAVAILLEUR/LIEU DE TRAVAIL

Perceptions

* Selon les GENS, le milieu de travail affecte leur santé. Le travail par équipes, les produits et les dérivés de produits industriels, ainsi que le processus de fabrication affectent tous le bien-être de l'employé.

* NOUS pensons que le dilemme lié à l'élaboration de normes environnementales sur un lieu de travail tient du fait que les minima deviennent des maxima.

* NOUS pensons que le lieu de travail est un cadre idéal pour la promotion de la santé.

* Les FERMIERS et les AGRICULTEURS vivent dans le souci constant de perdre leur ferme. La vie des fermiers change à mesure qu'ils doivent faire face à la menace que représentent la nouvelle technologie, la faillite et l'intervention du gouvernement. Cela signifie que leur histoire, mode de vie et identité sont susceptibles d'être abandonnés.

* Les GENS pensent que des services de garderie d'enfants sont essentiels afin de permettre une accessibilité égale à l'emploi. Les gens voient la garderie d'enfants comme sous-évaluée et insuffisamment assistée par le système.

Exemples

* Des travailleurs de Dryden ont parlé de la tension qu'ils ressentaient en travaillant avec des machines et du matériel désuet et usé. Des travailleurs de Sault-Sainte-Marie ont identifié le travail par équipes comme un élément contribuant à l'instabilité conjugale et au divorce. Des représentants syndicaux de manufacturiers automobiles à Windsor ont senti qu'il y avait de meilleures relations entre employés et employeurs depuis qu'une plus grande importance est accordée à l'amélioration des communications. Les employés ont déclaré qu'ils «se sentaient mieux d'aller travailler, plus en sécurité et qu'ils avaient plus confiance dans leurs employeurs.»

* Selon les infirmières de l'hygiène professionnelle de Dryden et Barrie, le lieu de travail est le meilleur cadre pour enseigner aux travailleurs comment améliorer leur santé. Elles ont déclaré que les employés réagissaient bien aux programmes éducatifs, portant notamment sur les soins du dos, la perte de poids, la tension artérielle, la cessation du tabagisme et les soins de réanimation.

* Une fermière de Petrolia désirait aider ses voisins cultivateurs à surmonter une crise agricole et mit sur pied un organisme de bénévoles nommé «Neighbors Helping Neighbors» (Entraide Voisins). Le but de ce groupe est d'aider les fermiers et leur famille à s'entraider au cours des périodes difficiles. Une fermière a déclaré que «les fermiers ne se lamenteront pas devant tout le monde. Ils sont très privés et très fiers.»

Mesures recommandées

i Employer des stratégies de développement communautaire faisant appel à la participation des employées, employeurs, syndicats, travailleurs en hygiène professionnelle et du gouvernement provincial afin de résoudre les questions de santé sur le lieu de travail. Des projets pilotes devraient être élaborés sur une base de répartition des coûts.

ii Stipuler des normes optimales, ainsi que minimales, pour le lieu de travail.

iii Élaborer des normes et des indices de santé pour la qualité de la vie en milieu de travail.

iv Établir le droit des employés de demander à leurs employeurs la pleine divulgation des risques sur le lieu de travail susceptibles de nuire à leur santé.

v Considérer les milieux de travail locaux comme une priorité pour la défense, l'éducation et la législation en matière de promotion de la santé par les services de la santé publique.

vi Œuvrer avec les fermiers et les ministères concernés du gouvernement, afin de s'occuper des besoins spéciaux en matière de santé des collectivités agricoles dans le sens le plus large.

vii Encourager le gouvernement et ses organismes à agir sur le plan de la mise en œuvre de politiques favorisant la garde d'enfants.

1.3 LES ÉCOLES

Perceptions

* Les GENS pensent que des activités d'éducation physique devraient être offertes quotidiennement dans les écoles élémentaires et secondaires.

* Les GENS reconnaissent que l'éducation en matière de santé dans les écoles est importante et qu'elle bénéficiera à long terme aux étudiants.

* Les professionnels de la santé éprouvent des difficultés à diriger l'éducation en matière de santé dans les écoles. De nombreuses écoles ne permettent pas que certaines questions de santé particulières soient abordées (p.ex. la sexualité).

Exemples

* Un représentant de la Société canadienne du cancer à Timmins a déclaré que, selon lui, le ministre de la Santé devrait œuvrer avec le ministre de l'Éducation en vue de promouvoir l'éducation en matière de santé dans les écoles et ce, dès la première année scolaire. La promotion de la santé devrait commencer chez les jeunes personnes, a déclaré un orateur à Petrolia. «Encourager peut-être le conseil scolaire à donner un crédit académique aux jeunes gens pour service rendu aux services de la santé publique et sociaux de leur propre collectivité.»

* Un orateur de Hamilton a partagé la frustration qu'il éprouve lorsqu'il prend des dispositions avec les conseils scolaires pour utiliser les terrains de jeu scolaires sans avoir accès aux toilettes ni aux installations d'eau potable de l'école. En tant que contribuable, l'orateur avait trouvé cela très injuste. Le problème d'accès semblait être une question d'assurance responsabilité. Une solution émanant de l'auditoire a suggéré que le gouvernement intervienne avec un système d'assurance «sans égard à la responsabilité».

* Un représentant de l'éducation à Ottawa a indiqué que la meilleure occasion de sensibiliser les jeunes enfants et de promouvoir des modes de vie sains est au sein du système scolaire; cependant, divers règlements et politiques émanant du ministère de l'Éducation restreignent le processus. «L'éducation en matière de santé n'est pas un sujet principal, il n'est pas obligatoire. Ce qui est nécessaire, c'est un programme bien équilibré d'éducation en matière de santé qui comprendrait plus d'un cours obligatoire en éducation physique, que tous les étudiants en Ontario seraient tenus de prendre.»

* Plusieurs représentants des bureaux de la santé publique ont indiqué qu'il est souvent difficile d'avoir accès aux écoles aux fins d'éducation en matière de santé, car le directeur ou les enseignants peuvent s'opposer au sujet traité.

Mesures recommandées

i Reconnaître l'impact d'une activité physique quotidienne de qualité sur la santé des enfants et encourager le ministère de l'Éducation à mandater une éducation physique quotidienne obligatoire à tous les niveaux élémentaires et secondaires des écoles.

ii Encourager le ministère de l'Éducation à élaborer un programme d'études sur l'éducation en matière de santé pour les écoles de l'Ontario et ce, en consultation avec le ministère de la Santé, les parents, étudiants, enseignants et autres membres de la collectivité.

iii Encourager les enseignants, parents et étudiants à œuvrer ensemble en vue de créer un cadre de vie sain en milieu scolaire.

iv Travailler avec tous les échelons du gouvernement pour éliminer toutes entraves, le cas échéant, à l'utilisation communautaire de tous les établissements scolaires aux fins de loisirs et pour d'autres usages.

2. QUESTIONS RELATIVES À L'ÉQUITÉ

2.1 LA PAUVRETÉ

Perceptions

* Les GENS pensent que la pauvreté a des effets dévastateurs sur la santé.

* Les GENS déclarent que ceux qui sont pauvres subissent une plus grande discrimination.

* NOUS notons que les effets de la pauvreté sur la santé sont en grande partie non reconnus par les représentants des gouvernements local et provincial.

Exemples

* Une personne d'Ottawa qui aide bénévolement à nourrir les pauvres a déclaré qu'il y avait de plus en plus de gens qui profitaient des repas offerts gratuitement : «Il y a peu de personnes aujourd'hui qui sont venues pour de la nourriture, mais la semaine prochaine, elles seront plus nombreuses, car les gens manquent d'argent au cours des deux dernières semaines du mois.»

* Commentaires de personnes travaillant avec des gens à faible revenu : «On accorde trop d'importance actuellement à certaines choses dans le cadre de la promotion de la santé. On se concentre en ce moment sur le tabagisme et la condition physique. Il faut moins de jargon et prêter une attention plus particulière et pratique aux besoins des gens pauvres.»

* Selon un dirigeant de club pour garçons et filles, il est très peu profitable que le gouvernement paie pour de très grandes affiches colorées sur la nutrition, alors que la plupart des enfants avec lesquels il travaille n'ont pas les moyens de s'offrir les aliments qui y sont illustrés.

* Des travailleurs d'Ottawa ont eu l'impression que certains employés des services publiques pratiquaient de la discrimination à l'endroit de clients assistés sociaux. Ils ont cités des exemples où ils ont été incapables de bénéficier d'un service public, si la compagnie s'apercevait qu'ils étaient récipiendaires de prestations sociales.

Mesures recommandées

i Reconnaître l'importance de la situation socio-économique et la considérer comme un élément déterminant principal de l'état de santé des citoyens de l'Ontario.

ii Développer, par le biais des divers conseils régionaux de santé et services de la santé publique, des programmes coordonnés, ainsi que des installations et des services adéquats pour répondre aux besoin spéciaux des pauvres.

iii Réviser et ajuster les niveaux d'assistance pour les personnes à revenu minimum.

2.2 LE LOGEMENT

Perceptions

* Les GENS pensent qu'il y a un manque de logements adéquats à prix abordables pour les parents célibataires, les handicapés, les pauvres et les personnes âgées et ce, dans la plupart des collectivités.

* NOUS notons que le faible taux de logements vacants pose un besoin urgent de santé.

Exemples

* «Les logements dans ce quartier (Dalhousie, Ottawa) sont si chers, que c'est presque impossible de gérer un budget.»

- À Timmins, «il existe un véritable besoin de maisons convenables en ville pour les patients psychiatriques en consultation externe.»

Mesures recommandées

i Reconnaître l'importance d'abris adéquats comme élément déterminant de l'état de santé des citoyens de l'Ontario.

ii Veiller à ce que les besoins de logement de la collectivité, en faisant une référence spéciale aux besoins des populations uniques, soient abordés en travaillant avec les ministères touchés, l'industrie du logement et les collectivités.

2.3 LES TRANSPORTS

Perceptions

- Les GENS trouvent qu'il y a des manques d'uniformité et d'équité dans les règles et règlements afférents au transport aller-retour à des services de santé. Cela s'avère tout particulièrement vrai dans le cas de régions rurales et isolées, ce qui affecte les personnes ayant des besoins spéciaux.

Exemples

- Les personnes âgées de Dryden, dans leurs commentaires, ont déclaré que le transport est un souci majeur pour «vivre sainement». Il n'y avait aucun transport public, bien qu'elles pensaient déjà qu'un service régulier d'autobus peut ne pas toujours s'avérer le moyen de transport le plus approprié pour les personnes âgées ou handicapées.

* Un représentant de l'Association de dystrophie musculaire à Sault-Sainte-Marie a déclaré : «Il y a de nombreux jeunes adultes physiquement handicapés qui ne sont pas en mesure de voyager indépendamment, mais la subvention de transport qu'ils reçoivent ne couvre pas les frais d'escorte.»

Mesures recommandées

i Examiner les règles et règlements relatifs à l'assistance financière pour le transport des personnes ayant des besoins spéciaux.

ii Découvrir et encourager des services de transport accrus dans les régions rurales.

2.4 L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES DE SANTÉ

Perceptions

* Les GENS s'attendent à ce que les services de soins aux malades soient immédiatement disponibles.

* Les GENS sont frustrés des retards pour entrer et s'orienter dans le système de santé. Vu que les services de santé sont dispensés par l'entremise de certains organismes et ministères, les gens éprouvent des difficultés à coordonner ces services pour eux-mêmes. Le manque de lits et d'installations adéquates est également susceptible d'être une source de frustations.

* Les GENS ont exprimé le désir d'être en mesure de choisir des thérapies d'option et complémentaires, comme choix légitimes en matière de soins de santé (p.ex. : naturopathes, aides-physiothérapeutes, technicien en relaxation). Les gens se soucient en outre d'avoir à supporter eux-mêmes tous les honoraires de tels thérapeutes.

* Les GENS RURAUX, HANDICAPÉS ET DU NORD pensent que leurs besoins sont souvent négligés.

- NOMBREUX SONT LES GENS pour qui le coût des médicaments pose un problème.

Exemples

- À Timmins, les gens ont déclaré que les médecins qui viennent pratiquer dans le Nord «sont fraîchement moulus de l'école de médecine et bien souvent retournent dans le Sud parce qu'ils n'aiment ni les conditions, ni l'isolement.»

- À Barrie, le directeur d'une association pour les handicapés a prétendu qu'il y avait une duplication des services entre les organismes. Plutôt que d'avoir trois autobus, un pour les personnes âgées, un pour les handicapés et un pour les enfants écoliers en difficulté, il devrait y avoir un service unique centralisé.

- Un coordonnateur en placement de la région de Windsor-Essex a indiqué qu'il y avait actuellement 156 personnes qui attendent d'être placées dans un établissement de soins pour maladies chroniques. «Bien qu'il y ait des critères pour le placement dans des maisons de soins infirmiers et des foyers pour personnes âgées, il y a un groupe de personnes âgées se situant à mi-chemin qui restent à l'hôpital semaines après semaines, surchargeant ainsi le système.»

- Un orateur à Hamilton a déclaré : « J'aimerais voir des sages-femmes, naturopathes, herboristes, nutritionnistes et aides-physiothérapeutes œuvrer dans notre collectivité. Nous en avons quelques-uns, mais nous en aurons besoin d'un plus grand nombre à mesure que les gens aspirent à ce genre de soins. En outre, ces professions ne sont pas couvertes dans le cadre de notre programme de santé actuel. Ce n'est pas juste, car cela ne permet pas aux gens de choisir l'option qu'ils désirent.»

- À Hamilton, un orateur a remarqué que de nombreuses familles récipiendaires de prestations d'aide familiale éprouvaient de la difficulté à subvenir à leurs besoins en matière de médicaments et de traitement de santé avec de telles prestations.

* À Ottawa, certaines personnes ont ressenti qu'il existait peu de liens entre les organismes et les services qu'ils dispensaient. Lorsqu'un service dispensé au client est arrêté par un organisme, le client peut n'avoir aucun autre service à sa disposition pour reprendre là où il avait arrêté. Le client finit par se sentir «délaissé par le système».

Mesures recommandées

i Œuvrer avec les collectivités en vue d'élaborer des normes réalistes de disponibilité de service et les communiquer sur une grande échelle.

ii Désigner un «ombudsman de la santé» à l'échelon municipal pour un échantillon de collectivités, pendant une durée de six mois, comme projet de démonstration, afin de résoudre les problèmes et de formuler des recommandations en ce qui a trait à la coordination des services de santé.

iii Mettre en lumière l'intérêt que le public porte aux thérapies d'option et complémentaires et encourager la recherche dans ces domaines.

iv Réexaminer les démarches, options et installations communautaires prévues pour les gens souffrant de maladies chroniques et d'incapacités.

3. QUESTIONS RELATIVES AU MODE DE VIE

3.1 LES LOISIRS

Perceptions

* Les GENS pensent que d'accroître le conditionnement physique et la participation aux activités de loisirs au sein de leur collectivité rehaussera leur santé et que de telles activités manquent d'appui.

* CERTAINES PERSONNES pensent que le conditionnement physique et les loisirs sont des activités de la classe moyenne. De nombreuses personnes croient que les installations de loisirs au sein de leur collectivité ne sont pas toujours accessibles et qu'ils ne peuvent pas se permettre d'être membres, ni les frais de transport.

Exemples

* Les étudiants de Hamilton ont parlé favorablement des installations de loisirs à leur disposition, mais ont exprimé leur inquiétude à propos de la pollution qui a rendu les plages publiques inutilisables.

* Selon un orateur de Cornwall travaillant dans le domaine de l'éducation physique, il n'y avait aucun programme d'activités physiques prévu pour les enfants d'âge préscolaire, les personnes âgées et les handicapés.

* Un directeur de loisirs à Cornwall a exprimé la frustration qu'il a ressentie lorsqu'il a essayé d'élaborer un programme de sports non compétitifs dans sa ville. Vu que les programmes compétitifs sont source d'argent, il a perdu sa cause. Selon lui en outre, un grand nombre de programmes de loisirs actuels s'adressent à la classe moyenne et souvent sont hors de la portée des pauvres. La ville, par contre, n'offrait aucun programme gratuit aux clients assistés sociaux.

Mesures recommandées

i Relier les chefs de file communautaires, les installations communautaires de loisirs et les autres secteurs, notamment les services de santé, de transports et sociaux afin de créer des activités de loisirs plus accessibles et significatives.

ii Rassembler et examiner des données sur les relations entre les activités de loisirs et la santé.

iii Encourager les employeurs et les employés à assumer un rôle de leadership en créant des installations et des programmes de loisirs sur le lieu de travail, basés sur les recommandations des usagers éventuels.

3.2 LA NUTRITION

Perceptions

* Les GENS sont préoccupés par leur poids et se perçoivent plus pesant qu'ils ne devraient l'être.

* CERTAINES PERSONNES, surtout les jeunes filles adolescentes, ont développé des troubles graves d'alimentation.

* Les GENS pensent qu'il y a des problèmes de nutrition chez les personnes à faible revenu.

* Les GENS voient une contradiction entre les principes de nutrition enseignés à l'école et le genre de nourriture offert dans les cafétérias et comme gracieuseté à des événements spéciaux.

* Les GENS sont inquiets de la qualité de leurs aliments (p.ex. l'arrosage chimique des produits alimentaires).

* NOUS remarquons que les gens se dirigent vers un éventail varié de professionnels ayant différentes compétences pour des conseils en matière de nutrition et que ces derniers sont parfois difficiles d'accès.

Exemples

- Un groupe de personnes à Ottawa ayant été à un moment donné des assistés sociaux et qui se rappelaient les moments difficiles qu'ils ont passés lorsqu'ils essayaient de préparer des repas avec peu d'argent ont déclaré que les femmes en résidence publique qui partageaient des recettes entre elles avaient une approche plus pratique à la préparation de plats peu coûteux que celle du diététicien qui leur enseignait.

- À Ottawa, une femme obèse qui avait lutté pendant de nombreuses années à la fois contre la pauvreté et l'obésité a déclaré qu'il y avait un problème dans le fait que l'on ne précisait jamais que l'obésité était un symptôme de malnutrition. Selon elle, beaucoup de renseignements étaient disponibles sur la nutrition, mais une personne pauvre ne pouvait pas se permettre de manger comme le recommande le Guide alimentaire canadien, car les pauvres n'avaient pas les moyens d'acheter tous les fruits et légumes que le guide recommandait.

- À Ottawa, une mère célibataire, dans ses commentaires, a déclaré qu'«il y a de nombreux magasins d'alimentation ethniques dans le quartier qui vendent des fruits et des légumes inhabituels à des prix meilleur marché, mais les gens ne savent pas comment les apprêter.»

- À Hamilton, une représentante d'un groupe d'entraide de personnes atteintes de troubles d'alimentation appelé «Balance Point» a mentionné le besoin de prêter une attention accrue au domaine entier de l'éducation préventive contre les troubles de l'alimentation.» Elle a indiqué le besoin d'un financement accru pour que des orateurs se rendent dans les écoles et fassent des présentations publiques. Elle a mentionné en outre le besoin d'une formation nutritionnelle plus poussée chez les étudiants en médecine.

Mesures recommandées

i Élaborer des stratégies concentrées sur les troubles de l'alimentation pour les enfants et les adolescents.

ii Communiquer le concept d'un «poids sain» dans les messages publiques sur les modes de vie.

iii Encourager des gammes de poids et des types corporels réalistes en intégrant de telles notions dans des programmes de santé, dès les premières années scolaires.

iv Mettre au point une approche communautaire en vue d'assister les groupes à faible revenu en optimisant le rapport coût/avantages sur le plan de leur nutrition personnelle.

v Organiser des rencontres avec les ministères concernés, des nutritionnistes et les groupes à faible revenu en vue d'élaborer des stratégies visant à inciter une meilleure nutrition chez les personnes à faible revenu.

vi Encourager les conseils scolaires régionaux à offrir une alimentation complète qui soit conforme aux principes de nutrition enseignés.

vii Encourager la mise au point et l'emploi de techniques non chimiques pour la culture des produits alimentaires, la lutte contre les nuisibles et la conservation, ainsi que l'éducation du public sur le bon emploi des pesticides.

viii Appuyer l'élaboration et la diffusion de renseignements précis sur la qualité de l'alimentation et l'état nutritionnel des Ontariens.

ix Appuyer les stratégies communautaires pour résoudre les questions locales sur le plan de la nutrition.

3.3 L'USAGE ABUSIF DE DROGUES ET D'ALCOOL

Perceptions

* Les GENS pensent que les médecins prescrivent souvent des médicaments avant de découvrir le fonds du problème, surtout avec les personnes âgées, les femmes et les pauvres.

* NOUS remarquons que certaines jeunes personnes développent la capacité de résister à l'influence du milieu, alors que d'autres continuent d'avoir de grandes difficultés à cet égard.

* NOUS remarquons qu'un grand nombre de gens s'inquiètent des effets suscités par l'usage abusif de l'alcool et de substances.

* NOUS remarquons que certaines collectivités refusent d'admettre l'existence de problèmes liés à la drogue dans leur localité.

* NOUS remarquons que les gens ne se rendent pas compte de l'ampleur de l'alcoolisme (p.ex.: faillite, cirrhose, mauvais traitement des enfants, etc.).

Exemples

* Un travailleur de Barrie, œuvrant avec les personnes faisant usage de la drogue et de l'alcool, a déclaré que les résidents de Barrie ne veulent pas faire face au fait qu'un problème de drogue et d'alcool qui sévit dans leur région. Le comté de Simcoe affiche le deuxième taux le plus élevé d'abus de substances sur le plan des statistiques en Ontario, bien que les résidents locaux n'ont pas soulevé la question au cours de la tribune publique.

* Des étudiants de Hamilton ont déclaré qu'ils ressentaient fortement l'influence du milieu qui les incitait à boire. Ils ont parlé des nombreuses brasseries qui commanditaient les sports et divers programmes à leur collège.

* À Hamilton, un orateur a déclaré au cours de la tribune : «Nous avons besoin d'examiner le problème de la surprescription de médicaments causant des incapacités, notamment dans le secteur des maladies psychiatriques. Années après années, certaines personnes prennent ces médicaments, qui de leur côté entraînent d'autres incapacités qui engendrent à leur tour un besoin de réadaptation.»

Mesures recommandées

i Envisager le potentiel de répudiation communautaire face aux drogues et d'une évaluation de l'usage abusif (tel qu'établi sur le plan local) de façon à impliquer au niveau régional les éducateurs en matière de santé, représentants des forces de l'ordre, conseillers familiaux et chefs de file communautaires en vue d'établir, d'interpréter et de disséminer l'information.

ii Encourager les médecins à pratiquer de façon restrictive la délivrance de prescriptions et le renouvellement de prescriptions jusqu'à discernement complet du problème, surtout avec les personnes pauvres, les femmes, les personnes tendues et les personnes âgées.

iii Reconnaître la coïncidence de la boisson et de la conduite automobile chez les adolescents et les jeunes adultes, et recommander de faire entrer en jeu l'influence du milieu pour adapter le climat de façon à ce qu'il soit susceptible d'inciter la séparation des deux comportements.

iv Encourager une prise de conscience des difficultés liées à la consommation d'alcool se prolongeant au-delà de la conduite de véhicules et appuyer les efforts visant à légitimer à la fois l'usage responsable de l'alcool et l'abstinence.

3.4 LE TABAGISME

Perceptions

* Les GENS pensent qu'un leadership s'impose pour créer des milieux exempts de fumée.

* Les GENS croient que l'usage du tabac n'a pas diminué (surtout chez les jeunes filles adolescentes), malgré les programmes de lutte contre le tabac.

* Selon les GENS, l'influence du milieu pose un défi énorme aux jeunes qui essaient de ne pas fumer.

* Les PROFESSIONNELS pensent que le gouvernement a évité de faire face aux problèmes que pose le tabagisme, malgré des recommandations claires et précises sur le besoin et la nature d'une telle activité (p. ex.; le rapport du Groupe de travail sur le tabagisme, mai 1982, Conseil ontarien de la santé).

* De NOMBREUX NON-FUMEURS semblent ne pas se soucier des effets du tabac.

* NOUS remarquons que dans certaines régions de la province, la dépendance à l'égard du tabac se manifeste à un taux plus élevé que la moyenne. Nous notons que le tabagisme est la principale cause dans la province de mortalité et d'invalidité évitables. On peut s'attendre à ce que les conséquences sur le plan de la santé d'une telle dépendance soient plus évidentes dans de telles régions.

Exemples

* Une jeune femme enceinte d'Ottawa a déclaré qu'elle désirait arrêter de fumer, mais qu'elle y était incapable. Elle avait fumé auparavant lors de la grossesse de son premier enfant et «rien ne lui était arrivé»; elle était donc persuadée que celui-là n'en souffrirait pas non plus.

* À Petrolia, un orateur a déclaré que «nous polluons plus notre organisme avec la fumée qu'avec l'air que nous respirons.»

* Le médecin hygiéniste de Cornwall a déclaré que les récentes statistiques locales ont révélé un besoin de se concentrer sur un programme anti-tabac. Le service de la santé publique travaillait étroitement avec les conseils scolaires afin de faire disparaître l'usage du tabac au sein du système scolaire.

Mesures recommandées

i Consulter les jeunes usagers du tabac dans le cadre de la planification de programmes visant à réduire la consommation du tabac au sein de ce groupe d'âge.

ii Agir, en particulier avec le ministère de l'Agriculture, en vue de minimiser l'influence des modèles changeant de consommation du tabac sur la collectivité agricole.

ii Consacrer une partie de tous les droits perçus sur les cigarettes aux :
   a) programmes de parrainage sportif et culturel intégrant un thème anti-tabac;
   b) programmes et services visant à aider le secteur de la culture du tabac de la collectivité agricole au cours d'une période de transition.

iv Cesser la vente de produits de tabac dans tous les établissements de santé, notamment les pharmacies.

v Agir rapidement selon les recommandations du Groupe de travail sur le tabagisme (Conseil ontarien de la santé, mai 1982), afin de :
   a) protéger les non-fumeurs contre la fumée des autres;
   b) créer des milieux exempts de fumée dans tous les établissements de soins de santé (notamment les maisons de soins infirmiers, installations résidentielles, crèches et garderies d'enfants);
   c) limiter l'usage du tabac sur le lieu de travail, en commençant d'abord par tous les lieux de travail du gouvernement;
   d) augmenter les droits perçus sur tous les produits de tabac et ce, d'au moins 50 %;

e) interdire la publicité du tabac;

f) élaborer et appliquer de façon universelle des programmes de lutte contre le tabac dans les écoles; et

g) veiller à ce que l'usage du tabac soit interdit dans tous les lieux publics fermés et les transports publics.

4. QUESTIONS RELATIVES À LA MALADIE

4.1 LA SANTÉ MENTALE

Perceptions

* Les GENS pensent que les problèmes de santé mentale constituent une priorité au sein de leur collectivité.

* Les GENS pensent que des efforts déployés pour aider les déficients mentaux renvoyés dans la collectivité sont insuffisants et que d'appuyer des programmes est un élément essentiel pour prévenir leur réadmission dans un établissement.

* NOUS remarquons que les révisions apportées à la Loi sur la santé mentale avaient entraîné des conséquences imprévues.

* NOUS remarquons que les conséquences physiques du comportement violent et de la maladie dissimule le traumatisme émotif qu'éprouvent les victimes et leurs familles.

Exemples

* À Timmins, on a indiqué que les centres d'hébergement étaient inadéquats pour les gens souffrant d'incapacité mentale. «Si c'est difficile pour une personne saine de faire face à une situation inadéquate sur le plan du logement, ça l'est sans doute encore plus pour une personne qui vient de sortir d'un hôpital, qui prend peut-être

des médicaments et qui n'a pas encore regagné une conception entièrement positive de la vie.»

* À Cornwall, une femme d'âge moyen a été renvoyée de l'hôpital après un long séjour dans un établissement de soins psychiatriques. Elle retourna dans sa petite ville et essaya de reprendre sa vie. Personne, sauf l'infirmière de la santé publique, n'était disponible pour lui offrir des encouragements. Il n'y avait aucun groupe d'assistance local, aucun travailleur visiteur de la santé mentale et l'attitude de la localité était très négative envers cette femme. Les gens ne voulaient pas lui permettre de réassumer son ancien rôle de cheftaine, il y avait beaucoup commérages et elle perdit ses amis.

* À Hamilton, «Les déficients mentaux sont réhabilités à leur sortie de l'hôpital jusque par-dessus leur tête, et à quoi tout cela sert-il? Ils réintègrent la collectivité en possession d'aptitudes à la vie quotidienne, vont dans des logements de niveau de soutien II où ils ne peuvent pas employer leurs aptitudes, emménagent dans des appartements et se retrouvent seuls. Ils demeurent souvent dans des foyers collectifs qui les libèrent le matin et les réadmettent à l'heure du souper.»

* À Ottawa, «Je m'inquiète de certains changements apportés à la Loi sur la santé mentale qui permettent aux personnes malades de marcher dans nos rues et de refuser tout traitement. Je pense que nous, en tant que travailleurs de la santé mentale, manquons à nos responsabilités et que le gouvernement a effectivement légitimé ce manque.»

* À Windsor, «La violence domestique est clairement un problème de santé. Cependant, je ne pense pas que le ministère de la Santé aimerait en revendiquer la responsabilité. Nous vous mettons au défi d'envisager ce problème comme une question se rattachant à la promotion de la santé.»

Mesures recommandées

i Accorder à la collectivité et aux organismes d'entraide un financement prioritaire pour s'occuper des gens en situation de crise.

ii Veiller à ce que des programmes de soutien et de soins de longue durée pour les personnes renvoyées d'un établissement de soins psychiatriques deviennent une priorité.

iii Réviser la Loi sur la santé mentale en collaboration avec les autres ministères, organismes et personnes concernés afin d'y apporter les changement nécessaires, le cas échéant.

iv Sensibiliser tous les soignants à propos de la détresse émotive engendrée par la violence et ce, en visant de minimiser celle-ci et les répercussions qu'elle entraîne.

4.2 LE SIDA

Perceptions

* De NOMBREUX ÉTUDIANTS et jeunes adultes pensent que le SIDA ne les affectera jamais.

* Selon les GENS, l'éducation publique sur le SIDA est insuffisante.

* NOUS percevons deux problèmes : une épidémie du SIDA et une épidémie de la peur du SIDA.

Exemples

* Les étudiants de Cornwall, Dryden et Windsor ont déclaré « Je ne contracterai jamais le SIDA». Quand on leur a demandé s'ils avaient modifié leurs pratiques sexuelles et utilisaient des condoms, ils ont répondu de façon négative en disant qu'ils «n'aimaient pas les condoms», ou «étaient trop gênés pour les employer». Un débat dans un des collèges est survenu, à savoir si les condoms devraient ou non être vendus dans des machines distributrices placées dans les salles de toilette des écoles.

- Les professeurs collégiaux ont exprimé leur inquiétude sur le fait que les étudiants ne semblaient pas prendre le SIDA au sérieux. Ils ont indiqué en outre un besoin accru de sensibilisation et d'information du public.

Mesures recommandées

i Nous félicitons les ministères de la Santé et de l'Éducation des mesures vigoureuses qu'ils ont prises jusqu'à maintenant en ce qui a trait au SIDA.

ii Promouvoir la participation générale dans le cadre d'une enquête à l'échelle nationale visant à évaluer le degré de connaissances, les inquiétudes et le comportement du public en ce qui a trait au SIDA.

iii Accorder un financement aux organismes non gouvernementaux afin d'appuyer leur travail avec les groupes de personnes qui voient le SIDA comme un problème.

iv Établir un service de consultation et d'information sur le SIDA comme priorité au sein des services de la santé publique et des centres de planification familiale.

v Lancer une campagne postale visant chaque foyer en Ontario, qui fournirait des renseignements sur le SIDA et indiquerait les ressources disponibles aux fins de contrôle ultérieur.

vi Employer un message à caractère positif dans toutes les communications concernant la prévention, plutôt que de recourir à des tactiques de motivation par la peur.

5. QUESTIONS RELATIVES AUX GROUPES SPÉCIAUX

5.1 LES PERSONNES ÂGÉES

Perceptions

* Les GENS commencent à percevoir les personnes âgées comme des êtres actifs, en santé et productifs qui possèdent une richesse d'information et d'expérience, ainsi que divers besoins.

* Les PERSONNES ÂGÉES pensent qu'elles devraient être plus engagées à s'occuper de leurs propres besoins sur le plan de la santé.

* Les PERSONNES ÂGÉES voient un besoin accru de services d'aide à domicile, afin qu'elles puissent demeurer dans leurs propres foyers le plus longtemps possible.

* Les PERSONNES ÂGÉES pensent qu'il y a de nombreux obstacles qui rendent difficile pour eux de mener une existence indépendante.

Exemples

* Les personnes âgées de Dryden se faisaient du souci à propos de «pousser jusqu'à épuisement» les soignants chargés des membres de la famille à la maison. Selon eux, il importe que les soignants puissent prendre du repos et ont suggéré des soins de relève pour les personnes atteintes de maladies chroniques.

* À Windsor, on fit le commentaire suivant : «Aider les personnes âgées est susceptible d'ouvrir un champ d'emplois important pour les jeunes.»

* L'éducatrice du bureau de santé du comté de Simcoe à Barrie désirait encourager la condition physique chez les personnes âgées. Elle coordonna avec succès une journée de conditionnement physique pour les personnes âgée sur la pente de ski locale. Plus de 250 personnes participèrent à cet événement sportif en plein air.

* De nombreux résidents d'édifices à logements pour personnes âgées à Corwall ont exprimé le besoin d'une aide supplémentaire pour faire leur épicerie, transporter les paquets, retourner les livres à la bibliothèque et se rendre à des rendez-vous. L'embarras, la fierté et l'indépendance étaient trois raisons qu'ont données les personnes âgées de Cornwall pour refuser de demander de l'aide.

* Les personnes âgées de Dryden ont déclaré que l'aide qu'ils recevaient pour faire des travaux d'entretien domestiques, tel que couper le gazon, pelleter la neige et laver les fenêtres leur permettait de rester dans leurs propres foyers.

Mesures recommandées

i Promouvoir une image positive des personnes âgées en reconnaissant que le plus grand handicap qu'elles subissent est la perception négative que le reste de la population tient d'eux.

ii Rencontrer les représentants de groupes de personnes âgées pour prendre connaissance de leurs problèmes de soins de santé et les solutions éventuelles.

iii Accroître les services de soutien à domicile en vue de prévenir l'hospitalisation ou l'admission inutile dans des maisons de soins infirmiers.

iv Encourager et appuyer les services de transport pour les personnes âgées.

5.2 LES FEMMES

Perceptions

* Les FEMMES sont très inquiètes du prix et de la qualité des services de garderie d'enfants.

* CERTAINES PERSONNES s'inquiètent du nombre de grossesses chez les adolescentes et de la forme d'acceptation chez certaines de tomber enceinte.

* De NOMBREUSES FEMMES désirent allaiter leur enfant au sein.

* NOUS remarquons que l'allaitement au sein ne bénéficie pas de l'appui qu'il mérite de la part de la collectivité en générale et des professionnels de la santé.

* NOUS remarquons que les mères célibataires doivent lutter pour subvenir aux besoins quotidiens de leur famille, ce qui les empêche de répondre à leurs propres besoins.

Exemples

* À Hamilton, des représentantes de groupes de femmes ont exprimé leur inquiétude au sujet d'une meilleure surveillance de la santé des enfants dans les garderies de jour.

* À Hamilton, une femme a déclaré : «La majorité des classes prénatales n'abordent le sujet de l'allaitement qu'après sept mois de grossesse. Les femmes ont besoin de cette information plus tôt au cours de leur grossesse, pour qu'elles puissent être en mesure de prendre une décision rationnelle.»

Mesures recommandées

i Accroître énormément le nombre de garderies d'enfants répondant aux normes provinciales.

ii Inciter les professionnels de la santé, leurs associations et les programmes d'éducation à être sensibles aux besoins des femmes et à promouvoir l'allaitement au sein.

iii Augmenter l'aide sociale aux mères célibataires et accorder une assistance régulière pour la garde de jour d'enfants.

iv Examiner les facteurs sous-jacents associés aux grossesses chez les adolescentes et élaborer des programmes opportuns.

5.3 LES GROUPES MULTICULTURELS

Perceptions

- Les GROUPES MULTICULTURELS pensent qu'ils ont un besoin distinct en matière de santé qu'il faut aborder avec sensibilité et une compréhension des différences culturelles.

- Selon les GROUPES MULTICULTURELS, les barrières linguistiques et culturelles leur posent des problèmes lorsqu'ils désirent des services de santé adéquats.

- Selon NOUS, les pratiques médicales des divers groupes culturels doivent être appréciées.

Exemples

- À Cornwall, les gens étaient très soucieux des populations de personnes âgées au sein des diverses collectivités ethniques. Ils ont déclaré que les personnes âgées évitaient les services médicaux actuels à cause de problèmes linguistiques, d'intimidation et de différences culturelles. Certaines personnes âgées ont éprouvé de la difficulté à accepter des soins dispensés par quelqu'un aux racines culturelles différentes.

- Une femme d'origine chinoise, médecin de famille à Ottawa, parlant au nom des immigrants et des réfugiés du Sud-est asiatique, a déclaré que de nombreux programmes de promotion de la santé n'étaient pas orientés vers ces groupes de personnes. «Les problèmes de cette population se présentent sous de nombreux aspects, la langue étant le problème majeur, raison pour laquelle ils ne sont pas ici ce soir.» Elle suggéra qu'un financement soit accordé pour des programmes de sensibilisation interculturels, susceptibles d'enseigner aux prestateurs de services les cultures et les besoins respectifs des immigrants et des réfugiés.

Mesures recommandées

i Reconnaître les effets qu'ont les différences culturelles sur les soins de santé et la promotion de la santé.

ii Élargir l'accès à l'information sur la santé et les services en de plus nombreuses langues.

iii Établir les problèmes de santé particuliers liés à la culture en consultation avec les groupes multiculturels et aborder ces problèmes dans un cadre culturel et linguistique qui convient.

iv Encourager les personnes aux diverses racines culturelles employées dans le secteur de la santé à devenir des mentors au sein de leur collectivité.

5.4 LES AUTOCHTONES

Perceptions

* Les AUTOCHTONES se perçoivent comme uniques et distincts de la culture canadienne. Ils ne se croient pas comme étant un groupe homogène.

* Selon les AUTOCHTONES, leur mode de vie traditionnel a été modifié, entraînant des effets néfastes sur leur santé. Ils pensent que, données certaines ressources, ils seraient en mesure de résoudre par eux-mêmes leurs problèmes de santé.

Exemples

* À Timmins, les autochtones ont déclaré : «Nos jeunes sentent qu'ils perdent leur identité quand ils viennent ici à l'école. Ils se sentent tellement inférieurs dès le début et ne ressentent pas l'importance d'être un être humain. Ils sont perdus dans la société de l'homme blanc qui manque du soutien spirituel auquel ils étaient habitués à la maison.»

* Les autochtones de Akwesasne, sur l'Île de Cornwall, ont fait entreprendre une étude de santé qui a indiqué un diabète tardif chez 65 % des adultes de la collectivité. Ils pensent que cela est partiellement attribuable à une réduction obligatoire de la consommation de poissons suite à la contamination du fleuve Saint-Laurent par le mercure. Ils ont essayé de bénéficier de programmes d'éducation actuels sur le diabète, mais se sont aperçus que ceux-ci étaient inaccessibles à cause de complications juridictionnelles.

Mesures recommandées

i Rencontrer les représentants des autochtones afin de prendre conscience de leurs problèmes particuliers de santé et d'en discuter les solutions.

ii Mettre à la disposition des autochtones des ressources créatives de développement communautaire pour la promotion de la santé.

6. QUESTIONS RELATIVES AUX INTERVENANTS PRINCIPAUX

6.1 LA COLLECTIVITÉ

Perceptions

* NOUS remarquons un niveau élevé de collaboration, d'engagement et de volonté sur le plan communautaire afin de participer au changement évident dans les neuf collectivités de l'Ontario.

* Les GENS sont d'avis que les stratégies d'entraide et de soutien communautaires fonctionnent. Ils pensent en outre que de telles démarches sont sous-évaluées et manquent d'appui.

* IL EXISTE des institutions et des organismes traditionnels au sein de la collectivité (p. ex. : les églises, clubs de service, A.A., les YM(W)CA) qui offrent une direction, une orientation et un soutien à la collectivité. Les promoteurs de la santé se retrouvent dans des endroits bien singuliers.

* NOUS remarquons que les collectivités passent par une période de transition. La famille, système de soutien traditionnel, connaît des changements (p. ex. : deux adultes poursuivant une carrière, familles monoparentales). De nombreuses familles déclarent qu'elles sont en difficulté et ont besoin de soutien (p. ex. : violence familiale, travail par équipes, mauvais traitement des enfants, parents célibataires, etc.).

Exemples

* Une travailleuse d'un centre de santé communautaire d'Ottawa, dans ses commentaires, a déclaré que les programmes communautaires ont besoin d'être élaborés par quelqu'un qui connaît bien le voisinage et la clientèle. Elle pensait que d'encourager les collectivités à faire des choses pour elles-mêmes était bien pour des collectivité de classe moyenne, mais dans les régions pauvres et défavorisées, les gens concernés peuvent manquer de compétences ou être trop accaparés par des problèmes fondamentaux pour avoir l'énergie et le savoir-faire exigés afin d'élaborer une activité ou un programme.

* Une nutritionniste et bénévole avec un groupe de femmes de Timmins a déclaré : «J'aimerais souligner le pouvoir des gens au niveau de base et ce qui peut être réalisé une fois que les choses marchent de façon régulière.» Ce commentaire a été apporté en faisant référence à une clinique de santé pour femmes qui avait été à l'origine offert par un groupe de femmes maintenant organisé par un groupe de secrétaires médicales.

* Voici les propos d'un orateur à Timmins : «Je suis étonné des activités qui se déroulent dans notre système et qui sont liées au bien-être, ainsi que des activités sur le plan de la santé qui sont créées, non seulement par les écoles, mais par des groupes de bénévoles extérieurs.

Mesures recommandées

i Reconnaître la valeur irremplaçable des groupes d'entraide et de soutien pour la santé des individus et des collectivités.

ii Accorder un financement uniforme aux programmes communautaires d'entraide et de soutien.

iii Mandater les services de la santé publique de façon à ce qu'ils aident les groupes d'entraide et de soutien.

6.2 LE GOUVERNEMENT

Perceptions

* Les GENS pensent qu'il existe un éloignement important entre eux et le gouvernement. Les personnes et les collectivités se croient sans pouvoirs d'apporter des changements au sein des politiques et des programmes gouvernementaux.

* Selon les GENS, trop d'études ont été menées et des mesures insuffisantes ont été prises en ce qui a trait à la promotion de la santé.

* Les GENS sont d'avis qu'il y a un manque de communication et de collaboration entre les ministères.

* Selon les GENS, l'accès à l'information au sein des différents ministères est complexe et déroutant.

* Les GENS pensent que les formules de demande de financement gouvernemental sont trop compliquées et déroutantes.

* Les GENS trouvent que le rôle des conseils régionaux de santé n'est pas clair.

* Les GENS pensent que le gouvernement provincial a besoin d'être régulièrement en contact avec les collectivités. NOUS avons observé une réaction favorable au Projet de dialogue communautaire.

* NOUS remarquons que la poussée communautaire est un élément crucial lorsqu'il s'agit de traiter avec les représentants du gouvernement et l'information que ce dernier diffuse.

* NOUS remarquons que certaines personnes sont sceptiques en ce qui a trait à l'engagement du ministère à élaborer des politiques et des programmes de prévention de la maladie et de promotion de la santé.

Exemples

* Les gens à Ottawa ont déclaré qu'ils n'étaient pas certains qui était responsable des divers facteurs affectant la santé. Ils ont poursuivi en disant que même les organismes ne semblaient pas savoir qui était responsable de quoi.

* À Windsor, la fragmentation des démarches relatives à la promotion de la santé a suscité un problème. «Si nous sommes vraiment sérieux à propos de cela (promotion de la santé), je recommande fortement que le ministère de la Santé invite les divers ministères à se joindre à lui pour élaborer un programme complet de promotion de la santé.»

* À Ottawa, une femme déclare : «Si je me rends à la banque d'aliments deux fois par mois, on me dit que j'ai déjà eu ma part pour le mois. Je suis allé au Collège Algonquin et découvert que le gouvernement offrait une formation en compétences de base en Ontario. J'ai besoin de livres, d'une passe d'autobus et de services de garderie d'enfants, mais mon budget est maigre. Je n'ai pas d'argent pour mon déjeuner et j'amène du riz à l'école chaque jour. Je n'ai pas été en mesure de

trouver quelqu'un pour garder mes enfants parce que personne ne veut donner de reçu au gouvernement. J'ai passé tellement de temps à essayer de d'organiser tout cela ensemble. Je comprend finalement pourquoi les gens ne veulent pas être ennuyés avec les mécanismes fastidieux de l'administration gouvernementale. Il faut que vous fassiez de cinq à huit appels téléphoniques pour trouver quelqu'un qui vous donne une lettre afin que le gouvernement subventionne la garderie d'enfants. Vous recevez ensuite une lettre du gouvernement vous demandant de vous rendre à leurs bureaux. Ce n'est qu'ensuite, qu'ils vous subventionneront et confirmeront votre enregistrement. Après une journée entière de cours et avoir été chercher les enfants à l'école, je deviens folle. Centralisez donc tout cela. Informez les travailleurs sociaux de ce qui est offert, qui peut l'obtenir et où on peut l'obtenir.»

Mesures recommandées

i Adopter une politique de «rapprochement avec les gens», partiellement en veillant à ce que la haute direction du ministère consacre un jour par trimestre à travailler aux côtés d'un travailleur de la santé qui a une action réciproque avec le public.

ii Renforcer le rôle des conseils régionaux de santé sur le plan de la promotion de la santé et ce, par le biais d'une répartition des ressources et des responsabilités proportionnelle aux besoins régionaux.

iii Élaborer des indices de santé convenables pour la province, mandater le relevé de ceux-ci et faire état des résultats sur une base régionale tous les deux ans.

iv Consacrer un pour cent du budget global de la santé aux activités de prévention de la maladie et de promotion de la santé avec une évaluation sur les cinq prochaines années et un plan prévoyant des augmentations supplémentaires.

v Simplifier l'accès au gouvernement de l'Ontario, à ses ministères, services et ressources en entamant un examen complet des pratiques au téléphone, conceptions de formulaires et de l'accessibilité des ses représentants.

6.3 LE SECTEUR DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Perceptions

* Le SECTEUR DE LA SANTÉ PUBLIQUE a peu d'amour-propre, une image communautaire sans éclat et des ressources insuffisantes.

* Le rôle des services de la santé publique n'est pas clair dans l'esprit des GENS.

* NOUS remarquons que des lignes de conduite fondamentales sont susceptibles de limiter éventuellement les services de la santé publique en élaborant des programmes applicables régionale-ment aux circonstances changeantes.

* NOUS remarquons que si les services de la santé publique perçoivent la promotion de la santé comme leur mandat, respectivement ils comprennent pourtant de façons différentes ce que la promotion de la santé signifie.

Exemples

* Plusieurs infirmières de la santé publique d'une collectivité ont parlé des frustrations et du manque de direction qu'elles ressentaient au travail. Toutes ont exprimé leur inquiétude d'avoir peu de temps qui leur reste pour mettre en œuvre des programmes autres que ceux exigés dans le cadre des «programmes centraux». Elles ont mentionné le fait de «travailler dans une ère de haute technologie sans avoir les outils pour entrer dans l'ère des médias.»

* Les infirmières de la santé publique d'une autre collectivité ont exprimé leurs craintes de perdre certaines de leurs fonctions traditionnelles aux mains d'autres professionnels de la santé. Certaines infirmières voyaient le rôle des éducateurs en matière de santé comme étant concurrentiel et non comme complémentaire.

* Selon un directeur des soins infirmiers de la santé publique du Nord de la province, le service de la santé publique n'était «plus désormais perçu comme organisme de coordination à cause de son image appauvrie.»

Mesures recommandées

i Féliciter les services de la santé publique qui ont entamé un processus de planification stratégique.

ii Faire du développement communautaire une stratégie au sein de chaque service de la santé publique en Ontario.

iii Mandater la compétence en matière de développement communautaire pour qu'elle devienne le foyer d'intérêt principal de la direction de la promotion de la santé et que celle-ci offre de l'assistance aux groupes (notamment aux services de la santé publique) par le biais de la formation et d'incitatifs financiers.

iv Évaluer la démarche du «programme central» et l'ajuster afin de pouvoir optimiser l'actualité, la souplesse et la priorité régionale.

v Élaborer une explication générale et compréhensible de la promotion de la santé qui doit être discutée aux niveaux régional, interprofessionnel et interministériel selon le point de vue de la santé publique.

vi Élaborer un atelier à l'intention du sous-ministre et des médecins hygiénistes afin d'aborder les questions de direction et de motivation au sein de la santé publique.

7. QUESTIONS RELATIVES AUX STRATÉGIES PRINCIPALES

7.1 LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET LA SENSIBILISATION DU PUBLIC

* Les GENS entrevoient la promotion de la santé en termes plus généraux que les professionnels de la santé.

* De NOMBREUSES PERSONNES se tournent vers la collectivité médicale classique pour se procurer des renseignements sur la promotion de la santé. De nombreuses personnes ignorent les programmes actuels de promotion de la santé au sein de leur collectivité.

- Selon NOUS, les gens sont réceptifs aux démarches de promotion de la santé qui commencent avec ce dont ils ont besoin.

- Selon NOUS, la prévention fait partie intégrante des programmes communautaires de santé .

Exemples

- «La santé des gens à Petrolia contribue au bien-être du pays tout entier. Les personnes en bonne santé sont productives, heureuses et d'un grand soutien pour leur pays. Par conséquent, je pense qu'il faut accorder une grande importance à la prévention de la maladie. Enseigner à nos enfants à ne pas utiliser la maladie comme échappatoire serait une leçon appréciée.»

- Le directeur en chef d'un conseil régional de santé a exprimé son inquiétude quant au manque d'engagement et d'orientation remarqué du ministère sur le plan de la promotion de la santé. La même personne croyait qu'il était essentiel que le ministère de la Santé établisse une définition universelle de la promotion de la santé afin d'éviter la confusion parmi les organismes communautaires et les autres ministères.

- À Cornwall, afin de rehausser l'image du service de la santé publique, le conseiller en promotion de la santé a travaillé en collaboration étroite avec les médias afin d'offrir aux résidents des programmes télévisés hebdomadaires et des articles dans la presse traitant de questions relatives à la santé.

- À Ottawa, un orateur de la tribune a déclaré : «Il y vraiment un manque de ressources en français sur la promotion de la santé destinées à la collectivité francophone, surtout dans les films et la documentation écrite.»

Mesures recommandées

i Incorporer un point de vue public élargi de la promotion de la santé dans l'élaboration d'une déclaration sur la santé.

ii Financer la consultation sur la prévention donnée par des professionnels approuvés, y compris les paiements de l'O.H.I.P., mais sans y être limité.

iii Exposer les professionnels de la santé aux concepts de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie dans le cadre de leur éducation et éducation permanente.

iv Publier à l'échelon régional l'information et les programmes relatifs à la promotion de la santé.

7.2 LES APTITUDES À LA VIE QUOTIDIENNE

Perceptions

- Les GENS pensent qu'il y a chez beaucoup de personnes un besoin d'apprendre les aptitudes de base à la vie quotidienne (p. ex. : épicerie, préparation des repas et hygiène).

Exemples

- «Les aptitudes à la vie quotidienne s'apprennent d'abord à la maison. Si vous quittez la maison à un âge trop jeune, vous ne connaissez rien du respect, de l'argent ni comment être autonome.»

- À Ottawa, un travailleur d'un service de soutien aux personnes à faible revenu a déclaré : «Les anciens patients psychiatriques constituent un groupe particulier qui a besoin d'un meilleur contrôle ultérieur et d'une meilleure formation sur le plan des aptitudes à la vie quotidienne.»

Mesures recommandées

i Reconnaître la famille, l'église et les groupes communautaires qui dispensent une formation sur le plan des aptitudes à la vie quotidienne aux innombrables citoyens de l'Ontario. Leur rôle, dans le cadre d'un tel leadership, devrait être appuyé et plus amplement élaboré.

ii Œuvrer avec les autres ministères concernés, en vue de rehausser et de promouvoir les éléments de l'étude familiale, de l'éducation en matière de santé et des cours d'aptitudes à la vie quotidienne qui engendrent une prise de décision rationnelle et des aptitudes à la compréhension des faits.

7.3 LE LEADERSHIP

Perceptions

* Les GENS perçoivent le besoin d'un leadership concentré émanant du gouvernement sur le plan des activités liées à la promotion de la santé.

* NOUS remarquons qu'un leadership dynamique incite un niveau plus enthousiaste et productif d'activités communautaires. Le leadership joue également un rôle important lorsqu'il s'agit «d'habiliter» des personnes et des groupes à devenir actifs et productifs.
* NOUS remarquons que chaque collectivité abonde de chefs de file locaux dignes d'être reconnus.

Exemples

* Un travailleur d'un centre de santé communautaire à Ottawa a déclaré que «le leadership est important tant qu'il tient compte de ce que les gens désirent et de ce dont ils ont besoin.»

* Les personnes âgées de Petrolia ont demandé un leadership dynamique. Ils savaient ce qu'ils voulaient et ce dont ils avaient besoin, mais il leur fallait une certaine orientation pour y parvenir.

* À Cornwall, un homme atteint de la maladie de Parkinson a établi la Société Parkinson dans la région pour donner des renseignements et de l'aide aux personnes atteintes de la maladie et à leurs familles.

Mesures recommandées

i Nous félicitons le ministre de la Santé du rôle de chef de file qu'il a joué sur le plan de la promotion de la santé et nous l'incitons à continuer de l'assumer. Le style de son leadership établit des orientations précises et permet aux personnes et groupes de jouer un rôle actif dans l'établissement, la planification et la mise en œuvre de projets particuliers.

ii Nous félicitons le ministre de la Santé d'avoir élaboré des objectifs en matière de santé pour la province par le biais d'un processus extérieur et l'incitons à communiquer ces objectifs sur une grande échelle et à appuyer l'élaboration de ceux-ci à l'échelon communautaire.

iii Reconnaître et appuyer les chefs de file communautaires qui élaborent des programmes communautaires de promotion de la santé.

7.4 LES DONNÉES

Perceptions

* Selon NOUS, l'élaboration d'indices et de données de santé sur les éléments déterminants de la santé est nécessaire afin de mettre sur pied des programmes communautaires efficaces de promotion de la santé.

* Selon NOUS, les travailleurs communautaires et les planificateurs de la santé éprouvent de la difficulté à obtenir des données communautaires pertinentes.

Exemples

* Un orateur de la tribune publique de Windsor a exprimé l'inquiétude qu'il ressentait, car pour s'occuper efficacement des questions liées à l'environnement, «nous devons centraliser les données qui sont sensées être rassemblées et organisées, et diriger des évaluations d'impact.»

* À Sault-Sainte-Marie, les professionnels de la santé ont déclaré que des données régionales n'étaient pas disponibles et qu'ils aimeraient un épidémiologiste pour la région. Un professionnel de la santé a indiqué qu'aucunes statistiques régionales de morbidité/mortalité n'étaient disponibles.

Mesures recommandées

i Financer l'élaboration d'indices décrivant des états de santé positifs.

ii Mener une enquête biennale sur la santé qui établit et surveille les éléments déterminants de la santé par le biais d'indices de santé positifs, ainsi que la morbidité et la mortalité, et qui fait état de cette information sur une base provinciale et régionale.

iii Accorder un financement de recherche au niveau régional pour déterminer et résoudre les problèmes ayant un impact direct et indirect sur la santé.

7.5 L'ARGENT

Perceptions

* Les GENS pensent que les ressources engagées dans la promotion de la santé sont insuffisantes.

* Les GENS s'attendent à ce que le ministère de la Santé fournisse de l'argent au niveau communautaire pour la promotion de la santé.

Exemples

* Un dirigeant de club pour garçons et filles à Ottawa a fait une demande au gouvernement pour qu'il finance la promotion de la santé et la prévention de la maladie s'adressant aux jeunes et aux groupes de personnes âgées.

* Un médecin de famille pratiquant dans un centre communautaire d'Ottawa a exprimé sa frustration avec le gouvernement qui lui a dit que le mandat du centre médical n'était pas la promotion de la santé, mais que c'était celui du service de la santé publique. Il s'en suivit que le centre médical ne reçut aucun financement pour un éducateur en matière de santé et dut trouver d'autres moyens pour financer un tel poste.

Mesures recommandées

i Consacrer un pour cent de plus du budget global de la santé à la promotion de la santé et à la prévention de la maladie, avec une évaluation au cours des cinq prochaines années et un plan prévoyant des augmentations supplémentaires.

ii Reconnaître le rôle des organismes non-gouvernementaux dans le cadre de la promotion de la santé en offrant un financement aux groupes d'entraide et d'assistance mutuelle.

iii Élaborer des programmes de collaboration avec le secteur privé, les groupes communautaires et les organismes professionnels.

IV. À QUOI DOIT-ON S'ATTENDRE?

Le Groupe consultatif du ministre a longuement pesé les mesures qu'il a recommandées au chapitre III. Chaque élément de recommandation prescrit des activités pour un ou plusieurs des échelons d'ensemble du gouvernement, pour le secteur privé, les collectivités et de nombreux groupes d'intérêt, les organismes et les associations. Les aspects principaux de cette recommandation sont récapitulés au présent chapitre sous formes de six recommandations, d'une déclaration de mission et de huit étapes de mesures (pour ces dernières, voir la figure 2). Afin que tout progrès soit possible, nous considérons toutes ces étapes comme cruciales.

Recommandations

i) Accroître immédiatement, de un pour cent du budget global de la santé, le financement que le ministère accorde à la promotion de la santé et à la prévention de la maladie.

ii) Étudier les politiques et les programmes au sein de tous les ministères afin d'évaluer leur impact sur la santé et d'apporter au besoin les changements qui en résultent.

iii) Démontrer des exemples concis de collaboration inter-ministérielle par processus de consultation avec les ministère concernés en ce qui a trait notamment au logement, à l'activité physique et à la pollution.

iv) Communiquer une nouvelle association pour la promotion de la santé par l'entremise du secteur de la santé publique, du secteur privé et de messages communautaires.

v) Établir un mécanisme pour assurer une autonomie régionale accrue sur le plan du financement et des décisions de planification de la santé.

vi) Élargir le profil du ministre de la Santé, en qualité d'ambassadeur principal des nouvelles démarches sur le plan de la promotion de la santé.

Une mission d'envergure élargie pour le ministère de la Santé

Une mission est une expression dont on se souvient facilement et qui clarifie qui vous êtes, ce que vous faites et pour le compte de qui vous agissez. Bien que le traitement des malades par les soignants sera toujours nécessaire, une mission pour le ministère de la Santé serait susceptible d'englober l'éventail complet des états de santé et pourrait se définir comme suit :

> Le ministère de la Santé a pour tâche de promouvoir la santé auprès des Ontariens en étant sensible à leurs besoins.

Que peut-on faire «AUJOURD'HUI»?

1) ÉTUDIER LE PRÉSENT RAPPORT AVEC LES COLLECTIVITÉS ET LES AUTRES MINISTÈRES.

Dans notre cadre de travail conceptuel, l'engagement constitue la clé de la réussite en matière de promotion de la santé. Nous avons renforcé ce concept par nos visites aux neuf collectivités ontariennes. Nous avons été constamment impressionnés par la compréhension des collectivités en ce qui a trait aux facteurs qui affectent la santé et le nombre de chefs de file et de promoteurs naturels de la santé au sein de chaque collectivité. Partager le présent rapport avec ceux-ci est essentiel.

Aborder les nombreux facteurs indiqués comme importants pour la santé des gens exige la participation des autres ministères du gouvernement de l'Ontario. (voir l'Annexe F, à titre d'exemple). Il importe que le ministre discute du présent rapport avec ses collègues de cabinet et leur ministère respectif.

Que peut-on faire la «SEMAINE PROCHAINE»?

2) INTÉGRER LE PRÉSENT RAPPORT DANS LE CADRE DES TRAVAUX DES GROUPES D'EXPERTS ET D'ÉTUDE (SPASOFF ET EVANS).

Nous considérons le rapport du Groupe d'experts (Spasoff) sur les objectifs en matière de santé et celui du Groupe d'étude (Evans) sur le système de santé comme compatible et complémentaire au présent rapport. Notre rapport reflète les pensées et les inquiétudes des gens. Le Groupe d'étude sur le système de santé en Ontario parle de «renforcer le rôle de l'individu, mettre en rapport les éléments de la prestation des soins de santé et accroître l'importance accordée aux soins communautaires et ambulatoires.» Tous ces éléments sont repris sous forme de questions et de suggestions mentionnées par les

membres des neuf collectivités que nous avons visitées. Le Groupe d'experts sur les objectifs en matière de santé en Ontario a élaboré des buts et des objectifs qui offrent un foyer d'intérêt afin de prendre des mesures visant à améliorer la santé des Ontariens et qui font entrer en ligne de compte les divers facteurs qui affectent la santé. Nos discussions communautaires révèlent que les Ontariens sont prêts à accepter de tels buts et objectifs et d'œuvrer à partir de ceux-ci dans le cadre d'une stratégie visant à optimiser la santé.

Que peut-on faire le «MOIS PROCHAIN»?

3) RECONNAÎTRE QUE TOUTES LES COLLECTIVITÉS ONTARIENNES SONT PRÊTES À CONSACRER LEUR ÉNERGIE À LA PROMOTION DE LA SANTÉ.

Dans chacune des collectivités que nous avons visitées, les gens ne connaissaient pas la signification de l'expression «promotion de la santé». Quand nous leur avons demandé de penser à leur santé, ils indiquèrent un vaste éventail de facteurs affectant leur santé, notamment la pollution, le logement et les soutiens communautaires. Les Ontariens comprennent de quelle façon ces facteurs sont liés à leur santé et ils sont disposés à réagir favorablement à toutes initiatives émanant du ministère de la Santé en vue de promouvoir la santé des Ontariens.

4) INDIQUER UN ENGAGEMENT RENOUVELÉ ENVERS LA SANTÉ.

Outre le fait de s'occuper des dispositions relatives aux services de santé, le ministère de la Santé se doit de s'occuper plus de la santé dans le sens le plus large qu'on lui prête. Les Ontariens entendent beaucoup parler de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie, mais ils voient que l'engagement sur le plan financier est dirigé vers le système de soins aux malades. Ils se sont habitués, et de plein droit s'attendent, à une prestation de services de diagnostic et de traitement de haute qualité. Ainsi, un des défis confrontant le ministère de la Santé et d'assurer une orientation dans le cadre de l'élaboration d'une nouvelle vision de la santé, pour les citoyens de la province, englobant la promotion de la santé.

5) ÉTABLIR DES VOIES DE COMMUNICATION AVEC LES COLLECTIVITÉS ONTARIENNES.

Au répertoire des recommendations présentées au chapitre précédent sur les moyens d'améliorer les communications figuraient la simplification des formulaires, des demandes et des méthodes du ministère, l'occasion aux cadres supérieurs du ministère de

sortir dans la collectivité et la mise en place d'un ombusman de la santé au sein de certaines communautés afin d'entendre leurs problèmes et de formuler des recommendations pertinentes. Les services de la santé publique et les conseils régionaux de santé sont sans équivoque des maillons pour améliorer la communication avec les Ontariens.

6) RAPPROCHER LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET LES ONTARIENS GRÂCE À L'ADOPTION D'UN STYLE DE FONCTIONNEMENT COMMUNAUTAIRE.

Les gens dans les collectivités où nous nous sommes rendus remarquent une différence entre ce qu'ils croient être important et ce qu'ils perçoivent comme important aux yeux du ministère. On voit par là un besoin de liaison accrue avec les collectivités et un style de fonctionnement qui, au lieu de prendre la responsabilité pour tout le monde sur le plan de la santé, le «modèle avec chauffeur» en traitant avec le public, se transforme pour permettre aux gens d'accroître le contrôle sur leurs propres vies, à savoir le «modèle que l'on apprend à conduire» (voir figure 1). Ainsi peut se réaliser une réussite à long terme sur le plan de la santé universelle.

7) ADOPTER LA PROMOTION DE LA SANTÉ DANS SA PERSPECTIVE ÉLARGIE COMME TREMPLIN POUR LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE EN ONTARIO.

La promotion de la santé, tel que nous en avons parlé dans notre cadre de travail conceptuel et comme nous l'avons trouvée dans les collectivités que nous avons visitées, est le processus permettant aux gens de gagner le contrôle sur leur santé, tout en l'améliorant. Tel que la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé la définit :

«...la santé [est] la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.»

Les Ontariens reconnaissent et comprennent cette définition plus large de la promotion de la santé et désirent voir que des mesures réalistes soient prises à cet égard.

Figure 1. Deux styles possibles de fonctionnement pour le ministère de la Santé.

«Modèle avec chauffeur»	«Modèle que l'on apprend à conduire»
* Hiérarchique	* Inductif
* Données régionales limitées	* Données régionales
* Bien planifié centralement	* Planifié régionalement (avec aide experte et directives du ministère)
* Programmes essentiels	* Recommandations essentielles à partir desquelles les collectivités choisissent leurs priorités
* Uniformité à l'échelle de la province	* L'uniformité facilite la résolution des problèmes régionaux (dans les normes provinciales)
* Priorité accrue au traitement et moins à la santé publique	* Priorité accrue à la santé publique
* La collectivité perçoit le gouvernement comme l'unique recours	* La collectivité se voit en contrôle et trouve des solutions
* Les perceptions des gens sont négligées	* Les perceptions des gens comptent

Que peut-on faire «CETTE ANNÉE»?

8) TRADUIRE LA SUBSTANCE DU PRÉSENT RAPPORT EN FINANCEMENT, POLITIQUES ET PROGRAMMES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ.

Une étude des perceptions, exemples et mesures recommandées exposés au chapitre III met en lumière des implications pour de nombreux programmes actuels et futurs du ministère de la Santé et de d'autres ministères. L'engagement du ministère envers une philosophie élargie de la promotion de la santé ne saura mieux se refléter que dans des plans précis et de ressource visant la substance du présent rapport.

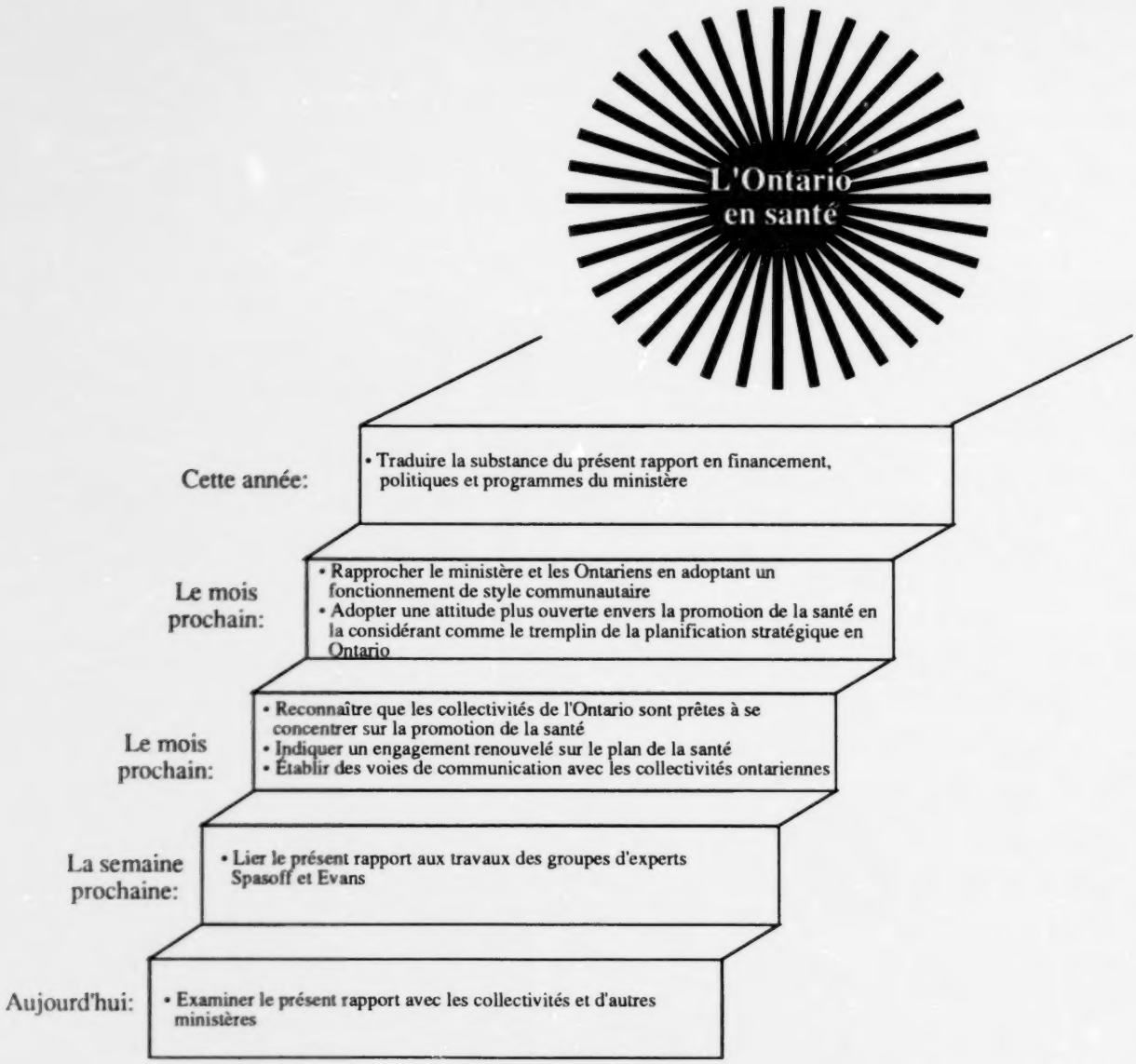

Figure 2. Marches vers une meilleure santé en Ontario

V. CONCLUSION

L'essence du présent rapport prend racine dans les perceptions, exemples et mesures recommandées que renferme le chapitre III. Traduire tout en actions s'avère une tâche ardue.

Nous aimerions clairement déclarer que la santé des Ontariens est bonne. Chacun mérite des louanges pour notre qualité de vie actuelle. Ce que nous cherchons à recommander est un nouveau genre d'association sur le plan de la santé, susceptible de permettre à chacun de nous de vivre une vie plus épanouie ...

> «La tâche qui nous attend est difficile. Nous nous préparons à changer la conception fondamentale des soins de santé.»
>
> L'honorable Murray Elston, avril 1986.

PARTIE B

LES PROFILS DES COLLECTIVITÉS

I. BARRIE

Situation :	Centre-est
Population :	61,271 (1981)
Industrie :	Agriculture et tourisme
Revenu moyen par famille :	26 264 $ (1987)
Chômage :	4,8 % (région, 1987)
Ethnie :	22,2 % (1981)

ASPECTS EXCLUSIFS

Le processus de dialogue communautaire a mis en lumière plusieurs aspects uniques en leur genre de Barrie. C'est une localité qui connaît un essor rapide (environ 2,5 % par année), ce qui a pour conséquence de plonger le logement dans une situation de crise. De nombreux résidents se déplacent chaque jour jusqu'à Toronto et dans d'autres régions pour travailler, ce qui leur laisse très peu de temps pour participer à des activités communautaires. Les organismes bénévoles éprouvent de la difficulté à attirer des bénévoles sincères, comme dans le cas des Grands Frères. L'Église organise de nombreuses activités communautaires et offre un soutien à de nombreux résidents.

Le dialogue communautaire a révélé en outre des gens enthousiastes et dévoués engagés dans des activités de promotion de la santé. À Barrie, une éducatrice en matière de santé travaillait sur divers projets communautaires pour les personnes âgées. Un des projets était une journée de conditionnement physique sur la pente de ski locale où se sont retrouvées plus de 250 personnes âgées.

QUESTIONS SOULEVÉES AUX RÉUNIONS PRÉLIMINAIRES

Dix sept réunions préliminaires ont été tenues à Barrie, du 17 au 20 février 1987, avec des groupes communautaires et des individus. Les questions suivantes ont été soulevées à la majorité des réunions.

Accessibilité

De nombreuses personnes ont exprimé le besoin d'un hôpital plus grand pour le comté. Ils ont indiqué que les patients devaient attendre pendant des périodes prolongées au service d'urgence et pour la chirurgie. Les gens ont fait remarquer en outre qu'il n'y avait pas suffisamment de lits pour les malades chroniques dans la région, ce qui cause un manque de lits pour les malades aigus.

Santé mentale

Plusieurs résidents ont indiqué qu'il n'y avait pas suffisamment de conseillers et de spécialistes en consultation familiale dans la région. Les gens ont fait également remarquer qu'il n'y avait pas suffisamment de programmes communautaires de dépistage pour aider les déficients mentaux renvoyés des hôpitaux à faire face aux problèmes de la vie quotidienne, surtout dans le localités avoisinantes.

Logement

Les gens ont également la pénurie de logements à Barrie. Selon un représentant communautaire, de 1 000 à 1 300 personnes venaient s'ajouter à la collectivité chaque année. Le logement était cher et il y avait une pénurie de logements subventionnés pour les familles monoparentales, les personnes âgées et les familles à faible revenu. La période d'attente actuelle avant d'obtenir un logement subventionné est de plusieurs années.

D'autres questions, soulevées moins fréquemment au cours des réunions préliminaires, figurent dans l'Annexe G.

QUESTIONNAIRE

Certaines femmes plus âgées à Barrie ont déclaré ce qui suit :

Quelle est la chose la plus importante au sein de votre collectivité qui améliore votre santé?	Sports/loisirs
Quelle est la chose la plus importante au sein de votre collectivité qui nuit à votre santé?	Tabac/alcool
Que faites-vous pour être en bonne santé?	Exercices
Qu'est-ce qui fait que votre collectivité est un endroit où il fait bon vivre?	Gens
Quel(s) groupe(s) ou organisme(s)communautaire(s) fait(font) le plus pour améliorer la santé de votre collectivité?	Centre communautaire/ de loisirs
Qui (qu'elle) est votre source d'informations la plus importante en matière de santé?	Personnel médical

QUESTIONS SOULEVÉES À LA TRIBUNE

La tribune communautaire de Barrie, à laquelle quelque 75 personnes ont assisté, a eu lieu le 15 avril 1987 La discussion publique a révélé les questions suivantes par ordre de fréquence d'apparition dans le cadre de la discussion. La majorité de ces questions se concentrent sur l'égalité d'accès aux services et programmes de santé.

Plusieurs personnes ont exprimé leur souci relatif à la dérégularisation de la naturopathie. D'autres s'inquiétaient de la qualité des soins dispensés par l'hôpital local. Ils ont fait remarquer que le manque de lits pour malades chroniques créait une pénurie de lits pour malades aigus, déjà occupés par des malades chroniques. On a également mentionné que les résidents attendaient trop longtemps en salle d'urgence et pour la chirurgie.

Plusieurs personnes ont parlé des inégalités sur le plan du financement des lits en maison de soins infirmiers et pour les enfants handicapés. Ils ont fait remarquer que les divers niveaux de lits en maison de soins infirmiers recevaient divers montants d'aide financière du ministère de la Santé ou du ministère des Services sociaux et communautaires, selon le genre d'établissement. Les gens ont déclaré que cela était déroutant et inéquitable.

Les gens ont également fait remarquer que les enfants souffrant de divers handicaps recevaient une aide financière inégale pour des programmes de soutien à domicile. En outre, ils ont indiqué qu'aucunes activités ou aucuns programmes de loisirs pour les enfants handicapés n'étaient offerts au centre de loisirs local.

Plusieurs autres questions, soulevées moins fréquemment au cours de la tribune communautaire, figurent dans l'Annexe G.

II. CORNWALL

Situation :	Ontario Est
Population :	46 000 (1981)
Industrie :	Tourisme et fabrication
Revenu moyen par famille :	22 500 $ (1981)
Chômage :	9,4 % (1981)
Ethnie :	32 % de francophones

ASPECTS EXCLUSIFS

Le processus de dialogue communautaire a mis en lumière plusieurs aspects uniques en leur genre de Corwall. Un des points saillants de ce processus ont été les questions et les inquiétudes des autochtones de Akwesasne, du village de St Régis sur l'Île de Corwall. Ce territoire traverse la frontière provinciale entre l'Ontario et le Québec, ainsi que la frontière internationale entre le Canada et les États-Unis. Le Conseil des Mohawks de Akwesasne s'efforce de répondre efficacement aux besoins de ses gens et d'élaborer une approche unifiée en matière de santé; cependant, les politiques des gouvernements provincial et fédéral, qui revendiquent les territoires de Akwesasne, ont compliqué la situation.

Les soins gériatriques, d'urgence, pour les enfants, à domicile, dentaires et mentaux ont été entravés par un manque de financement. Le Conseil des Mohawks s'inquiétait de l'abus d'alcool et de drogues, de la nutrition et de la surveillance de la pollution des eaux dans la région. L'étude de santé à Akwesasne a indiqué la présence du diabète tardif chez environ 65 % des adultes de la collectivité, ainsi qu'une incidence élevée de la maladie rénale. Selon eux, cette situation est partiellement imputable à la diminution de la consommation de poissons, due à la contamination par le mercure du Fleuve Saint-Laurent et au changement d'alimentation conséquent. Les programmes actuels de traitement et d'information au sujet de ces maladies n'étaient pas accessibles aux gens de Akwesasne, bien qu'ils aient essayé de les obtenir.

Le Bureau de santé publique de l'Est de l'Ontario a également révélé plusieurs questions particulières à la région rurale de Cornwall; une incidence élevée de l'insuffisance pondérale à la naissance, une faible incidence du port des ceintures de sécurité, une incidence élevée des accidents de véhicules automobiles et agricoles et un faible taux d'allaitement au sein. Le médecin hygiéniste se souciait de la création d'activités de promotion de la santé s'adressant à la population rurale.

À Cornwall, le service de la santé publique offre une direction aux programmes communautaires de promotion de la santé. Sa conception fondamentale a changé et il s'engage progressivement dans la promotion de la santé, notamment l'établissement d'une fondation pour la promotion de la santé. Cela était d'une importance particulière, vu que les résidents de Cornwall affichaient un style d'activités dépendant quant à la mise sur pied et l'entretien, comparativement aux autre collectivités que nous avons visitées.

Dans chacune des collectivités, le processus de dialogue communautaire a révélé des gens enthousiastes et dévoués engagés dans des activités de promotion de la santé uniques en leur genre. À Cornwall, le propriétaire concessionnaire d'un établissement de restauration rapide emploie des adolescents entre quinze et vingt ans, leur offrant direction et appui. Une autre personne toute aussi précieuse était un médecin de salle d'urgence engagé dans plusieurs groupes et associations communautaires, et sensible aux questions multiculturelles dans le domaine des soins de santé. De nombreuses personnes ne sont pas conscientes de leur contribution à la promotion de la santé au sein de leur collectivité.

QUESTIONS SOULEVÉES AUX RÉUNIONS PRÉLIMINAIRES

Quatorze réunions préliminaires ont été tenues à Cornwall, du 10 au 12 février 1987, avec des groupes communautaires et des individus. Les questions suivantes, parmi d'autres sujets liés à la promotion de la santé, ont été soulevées à la majorité des réunions.

Pollution

Les résidents de Cornwall étaient sans équivoque soucieux de la qualité de l'eau qu'ils buvaient et de l'air qu'ils respiraient. De nombreu-ses personnes ont indiqué que les odeurs de la région étaient nauséabondes et qu'il y avait un problème de pollution. Ils ont mentionné les sources principales d'odeurs comme étant l'usine de pâte à papier et la fabrique de rayonne. Depuis le début des années 70, le ministère de l'Environnement a exigé que l'échappement des gaz odorants soit réduit. L'échappement des gaz sulfuriques a été conforme aux normes légales depuis 1984.

Malgré le fait qu'ils soient conformes aux normes du ministère, les échappements odorants continuent d'exister et incitent les résidents de Cornwall à penser que leur santé est toujours menacée. Plusieurs repré-sentants communautaires ont exprimé leur inquiétude quant à l'accrois-sement perçu de l'incidence de la maladie cardiovasculaire et des allergies dans la région. Toutefois, aucun lien n'a été établi entre le degré de pollution et l'incidence accrue de la maladie.

Les résidents de Cornwall étaient également soucieux de la qualité de leur eau potable. La source d'eau potable de Cornwall est le Lac Saint-Laurent (en aval du barrage). Selon le ministère de l'Environnement, la qualité bactériologique de l'eau est traitée et vérifiée régulièrement à travers tout le système de distribution. En outre, des tests chimiques standard de contrôle de la qualité de l'eau sont effectués régulièrement, à la fois par le conseil municipal et le ministère de l'Environnement. Malgré tous ces tests et traitements, les résidents ne croyaient pas nécessairement que leur eau potable était sans danger pour la consommation.

Santé mentale

Les services communautaires de la santé mentale dans les régions rurales étaient considérés comme inadéquats et de nombreux anciens déficients mentaux demeuraient entre deux régions desservies. Un grand nombre de ces anciens malades et leurs familles éprouvaient des difficultés à se rendre à Cornwall et à en revenir, étant donné qu'il n'y avait aucun service de transport prévu.

Soins aux malades chroniques

Il y avait à ce moment-là 100 lits pour malades chroniques situés à l'hôpital MacDonnel, qui sera fermé dans un proche avenir. Ces lits seront réétablis dans l'hôpital Hôtel-Dieu. De nombreux résidents s'opposent à la recommandation du Conseil régional de santé de l'Est de l'Ontario, à savoir que 30 lits pour malades chroniques soient établis dans le comté de Russell. Les normes provinciales régissant les lits pour malades chroniques stipulent un rapport de 11,9 % de lits par 1 000 habitants de plus de 65 ans et Cornwall surpasse ces normes avec 16 lits par 1 000 habitants de plus de 65 ans. Quoi qu'il en soit, les résidents pensaient qu'il n'y avait pas suffisamment de lits et que ceux-ci étaient mal répartis.

Personnes âgées

De nombreuses personnes, et en particulier les personnes âgées, s'inquiétaient du manque de services de transport pour les personnes âgées. Souvent, le service d'autobus pratique de la région n'est pas disponible aux heures commodes. D'autres personnes ont parlé du besoin de services de soutien accrus à domicile. Les personnes âgées demeurant chez elles ont souvent besoin d'aide avec leur épicerie, l'entretien de la maison, le maintien de contacts avec les amis et la famille et l'organi-sation d'activités sociales. Un grand nombre de personnes âgées aime-raient voir certaines améliorations apportées au système de référence actuel permettant de vérifier si d'autres personnes âgées se portent bien. Selon certains rapports, de nombreuses personnes âgées malades ou blessées à la maison ne sont pas en mesure de se faire aider.

Usage du tabac

De nombreux professionnels de la santé et d'autres résidents de Cornwall ont indiqué que les taux de la maladie cardiovasculaire et de tabagisme dans la région étaient plus élevés que les taux nationaux et provinciaux. En 1984, le taux de mortalité imputable à la maladie cardiovasculaire était de 4,62 par 100 000 habitants, comparativement au taux à l'échelle de la province qui était de 3,32 par 100 000 habitants. En février 1987, le Bureau de santé publique de l'Est de l'Ontario a mené une enquête d'opinion publique sur l'usage du tabac. Selon les résultats de cette enquête, 38 % de l'échantillon étaient des fumeurs, ce qui se situe à cinq points au-dessus des moyennes nationale et provinciale.

Loisirs

Le manque d'activités sociales et de loisirs pour les jeunes gens a été mentionné, même par des adolescents. Cependant, le service des parcs et loisirs de Cornwall a indiqué que la municipalité avait plus d'installations de loisirs que les autres collectivités de taille analogue. Malgré ce fait, les parents, les jeunes gens et les professionnels de la santé ont indiqué que les installations de loisirs ne répondaient pas aux besoins des résidents, étaient inaccessibles et que les adolescents s'ennuyaient et faisaient de plus en plus usage de l'alcool et de la drogue.

Les autres questions, soulevées moins fréquemment, figurent dans l'Annexe G.

QUESTIONNAIRE

Certains adolescents et certaines personnes âgées ont déclaré ce qui suit :

Quelle est la chose la plus importante au sein de votre collectivité qui améliore votre santé?	Sports/loisirs
Quelle est la chose la plus importante au sein de votre collectivité qui nuit à votre santé?	Air/eau
Que faites-vous pour être en bonne santé?	Exercices
Qu'est-ce qui fait que votre collectivité est un endroit où il fait bon vivre?	Gens
Quel(s) groupe(s) ou organisme(s)communautaire(s) fait (font) le plus pour améliorer la santé de votre collectivité?	Centre communautaire/ de loisirs
Qui (qu'elle) est votre source d'informations la plus importante en matière de santé?	Personnel médical

QUESTIONS SOULEVÉES À LA TRIBUNE

La tribune communautaire de Cornwall, à laquelle ont assisté quelque 70 personnes, s'est déroulée le 2 avril 1987. Un grand nombre de questions soulevées au cours des réunions préliminaires ont été reprises. La discussion publique a révélé les questions suivantes par ordre de fréquence d'apparition dans le cadre de la discussion.

Pollution

Les gens de Cornwall s'inquiétaient du fait que la pollution accroît l'incidence de la maladie pulmonaire, du cancer, de l'asthme et des allergies et ont indiqué que cette relation suscitait le besoin d'une étude. En outre, ils ont indiqué que l'indice de pollution des eaux, l'analyse des pluies acides et les renseignements relatifs aux effets nocifs de ceux-ci devraient être accessibles aux résidents de Cornwall.

Santé mentale

Les gens ont indiqué que les services de soins psychiatriques étaient surchargés. Dès que les malades atteignent un seuil particulier de guérison, aucun programme de contrôle ultérieur n'est offert. De nombreux déficients mentaux ont besoin de centres résidentiels et récréatifs pour combler leurs besoins sociaux et de loisirs. Malgré le fait que les gens parlaient en bien des programmes de lutte contre l'alcool et la drogue dans les écoles, selon eux, ceux-ci devraient être intensifiés.

Lieu de travail

Les gens ont indiqué que la maladie et la tension attribuables au lieu de travail, un sujet qui n'avait pas été abordé au cours des réunions préliminaires, sont possiblement liées à la pollution du lieu de travail et à la tension des travailleurs. Selon eux, plus de médecins devraient être compétents en médecine professionnelle.

Plusieurs autres questions, soulevées une fois au cours de la discussion publique, figurent dans l'Annexe G.

III. DRYDEN

Situation :	Nord-ouest
Population :	6 500 (1981)
Industrie :	Fabrication
Revenu moyen par famille :	35 000 $ (1986)
Chômage :	13,6 % (1986)
Ethnie :	10 % (1981)

ASPECTS EXCLUSIFS

Le processus de dialogue communautaire a mis en lumière plusieurs aspects uniques en leur genre de Dryden. De nombreux résidents ont indiqué qu'ils s'identifiaient plus à Winnipeg qu'à l'Ontario.

Contrairement à certaines autres collectivités, les gens ont parlé en bien des installations et des activités de loisirs au sein de leur localité. Il y a de nombreuses activités organisées et les écoles y sont très engagées. L'industrie locale a donné de l'argent aux fins d'activités récréatives et sportives. Les résidents étaient fiers de leur piscine chauffée à l'énergie solaire et du complexe pour personnes âgées. Par ailleurs, plusieurs personnes ont mentionné l'importance des sports d'équipes.

Les gens ont discuté ouvertement de la tension qu'ils ressentaient à cause du travail. Plusieurs d'entre-eux ont indiqué qu'ils souffraient de stagnation à leur poste. Les résidents ont fait remarquer que l'âge moyen des travailleurs de l'industrie locale était bas et que cela engendrait une certaine insatisfaction. Ils ont également déclaré qu'il y avait une énorme tension syndicale.

Les gens ont mentionné qu'il y avait de longues listes d'attente pour consulter un médecin. Plusieurs résidents étaient incertains si les retards étaient attribuables à un nombre insuffisant de médecins ou à une mauvaise gestion du temps des médecins. Ils ont déclaré que les médecins étaient hésitants d'adresser les patients aux organismes communautaires ou au service de la santé publique à toute fin de contrôle ultérieur approprié. Par conséquent, une grande partie de leur temps est consacré à des activités dont pourrait se charger un autre professionnel de la santé (p. ex. l'immunisation). D'autres personnes ont fait remarquer qu'il y avait une

rotation élevée chez les médecins pratiquant dans le Nord, raison pour laquelle ces régions sont souvent sous-desservies.

Tout comme dans les autres collectivités que nous avons visitées, le processus de dialogue communautaire a révélé des personnes enthousiastes et dévouées engagées dans des activités précieuses de promotion de la santé. Les résidents de Dryden font preuve d'un haut degré de bénévolat et de loyauté envers leur collectivité. Les personnes âgées sont très enthousiastes et engagées dans des activités locales. Un couple, ayant contribué grâce à son travail d'équipe à l'établissement d'un service de repas à domicile à Dryden, était à ce moment-là engagé à développer des services d'aide à domicile pour les personnes âgées de la région. C'est grâce à un enthousiasme et un dévouement de cet ordre qu'une collectivité devient saine et d'un grand soutien.

QUESTIONS SOULEVÉES AUX RÉUNIONS PRÉLIMINAIRES

Onze réunions préliminaires se sont tenues à Dryden entre les 3 et 5 mars 1987 avec des groupes communautaires et des individus. Les questions principales suivantes ont été soulevées à la majorité des réunions.

Accessibilité

De nombreuses personnes ont soulevé la question à propos des périodes d'attente allant de trois à six semaines avant de pouvoir consulter un médecin. Si certains ont pensé que le temps des médecins était mal géré, la majorité croit que les retards de service sont imputables au taux élevé de rotation. Ils ont également indiqué que les autres professionnels de la santé étaient en nombre insuffisant (p. ex. chirurgiens, psychiatres, dermatologistes).

Par conséquent, les gens se voient forcés de se rendre dans d'autres localités différentes pour se faire soigner. Ils ont fait remarquer que cette formule était coûteuse et que bien souvent, les frais n'étaient pas remboursés à titre du Programme de subventions pour frais de transport à des fins médicales dans le Nord. Un résident a indiqué que ça lui a pris une journée (120 miles) pour se rendre au Manitoba (et revenir), alors qu'il lui a fallu trois jours pour se rendre à Thunder Bay (et revenir), bien que le déplacement au Manitoba ne soit pas couvert en vertu du Programme de subventions pour frais de transport.

Plusieurs personnes ont indiqué que les organismes communautaires et les professionnels de la santé dupliquent souvent leurs services, cause de confusion.

Les résidents ont également abordé la question des lacunes dans les programmes d'appareils et de prothèses. Selon eux, les personnes âgées de plus de 21 ans ont besoin d'aide pour du matériel spécial, tels que les fauteuils roulants. Il n'y avait aucun magasin de fournitures médicales dans la région, et les appareils et les prothèses coûtaient cher.

Transports

Les gens ont manifesté leur inquiétude quant au manque de services de transport pour les personnes âgées. Aucun service public d'autobus n'était fourni et les personnes âgées ne pouvaient pas avoir accès au service de transport pour les handicapés. Plusieurs personnes âgées ont admis qu'elles éprouvaient de la difficulté à faire leur épicerie, à se rendre au médecin, au dentiste, ainsi qu'aux activités de loisirs.

Personnes âgées

Certains résidents ont indiqué que le manque de moyens de transport crée un besoin de programmes supplémentaires de soins à domicile pour les personnes âgées. Ils ont fait remarquer que les services de visite amicale, de repas à domicile et d'aide pour faire son épicerie étaient essentiels pour permettre aux personnes âgées de demeurer chez elles aussi longtemps que possible. Bien qu'ils réalisaient que cela était la meilleure solution de remplacement aux soins institutionnels, ils pensaient néanmoins qu'un foyer pour les personnes âgées était nécessaire au sein de leur collectivité.

Les autres questions, moins souvent soulevées au cours des réunions préliminaires, figurent dans l'Annexe G.

QUESTIONNAIRE

Certaines jeunes personnes ont déclaré ce qui suit :

Quelle est la chose la plus importante au sein de votre collectivité qui améliore votre santé?	Sports/loisirs
Quelle est la chose la plus importante au sein de votre collectivité qui nuit à votre santé?	Air/eau
Que faites-vous pour être en bonne santé?	Exercices
Qu'est-ce qui fait que votre collectivité est un endroit où il fait bon vivre?	Gens
Quel(s) groupe(s) ou organisme(s)communautaire(s) fait (font) le plus pour améliorer la santé de votre collectivité?	Centre communautaire/ de loisirs
Qui (qu'elle) est votre source d'informations la plus importante en matière de santé?	Personnel médical

QUESTIONS SOULEVÉES À LA TRIBUNE

La tribune communautaire de Dryden, à laquelle quelque 50 personnes ont assisté, s'est déroulée le 4 juin 1987. Les questions que les gens participant à la tribune ont le plus souvent soulevées sont les suivantes, par ordre de fréquence d'apparition dans le cadre de la discussion.

Écoles

Plusieurs personnes ont soulevé des questions sur le manque d'éducation physique dans les écoles. D'après eux, les sports d'équipes sont bons, mais ils pensent que le jeu de quilles, la pêche et l'art du tir à l'arc sont plus importants quand la personne est plus âgée. Un représentant de l'association d'athlétisme des écoles secondaires de la région a fait remarquer que les écoles secondaires locales avaient des activités à l'heure de midi (p. ex. volleyball, jeu de quilles, cyclisme) pour les étudiants qui ne s'étaient pas inscrits au cours d'éducation physique.

Selon les résidents, une promotion accrue des activités de loisirs serait susceptible d'accroître la participation des étudiants. Plusieurs autres personnes ont mentionné que des cours de premiers soins et de réanimation devraient faire partie des programmes scolaires. Un enseignant de Dryden a soulevé une question à propos du surchargement déjà accompli du système scolaire.

Nutrition

Les gens ont également soulevé des questions concernant le manque d'information en matière d'habitudes alimentaires qui engendrent l'obésité. Une diététicienne de la région a fait remarquer qu'il n'y avait pas suffisamment de gens dans la région formés pour enseigner les bons principes de nutrition. Une infirmière de la santé publique a indiqué que l'information sur la nutrition était diffusée à travers divers programmes. D'après elle, l'information devrait être spécifique et commencer dans les classes prénatales.

Accessibilité

Plusieurs résidents ont indiqué que le Programme de subventions pour frais de transport à des fins médicales dans le Nord était inadéquat. D'après eux, le gouvernement a négligé les frais indirects de déplacement aux fins de services vers une autre localité. Ils ont fait remarquer que ce serait moins coûteux si les spécialistes se rendaient dans les plus petites localités, comparativement à une trentaine de personnes se déplaçant vers un centre de services. Les gens ont en outre mentionné que plusieurs lettres d'approbation étaient nécessaires avant de pouvoir voyager à titre du Programme de subventions et que bien souvent, il fallait faire des plans trois mois à l'avance.

Une personne travaillant avec les déficients mentaux adultes, a indiqué que ces personnes, qui généralement ne sont pas en mesure de voyager seules, n'étaient pas admissibles à une subvention supplémentaire qui permettrait à un membre de leur famille ou à un compagnon de voyager avec eux. Néanmoins, une personne de moins de dix huit ans peut bénéficier d'une subvention supplémentaire pour couvrir les frais de transport d'une autre personne l'accompagnant. Selon les gens, des exceptions doivent être faites dans des circonstances spéciales.

Plusieurs autres questions, soulevées une fois au cours de la discussion publique, figurent dans l'Annexe G.

IV. HAMILTON

Situation :	Centre-ouest
Population :	537 6454 (municipalité régionale) (1981)
Industrie :	Fabrication
Revenu moyen par famille :	26 532 $ (1981)
Chômage :	7,2 % (1981)
Ethnie :	25 % (1981)

ASPECTS EXCLUSIFS

Le processus de dialogue communautaire a mis en lumière plusieurs aspects uniques en leur genre de Hamilton. Une discussion a porté sur les problèmes des gens ayant des difficultés d'apprentissage et leurs familles. L'association de Hamilton-Wentworth pour les enfants et adultes ayant des difficultés d'apprentissage a indiqué que cette incapacité engendre souvent des problèmes sociaux et familiaux, et qu'ils essaient de prévenir cela en éduquant dès leur jeune âge les enfants ayant des difficultés d'apprentissage. La mère d'un de ces enfants a clairement exprimé le besoin d'un soutien familial, avec une éducation précoce et permanente.

Le conseil de prévention des traumatismes routiers a clairement souligné une forme unique de prévention. Leur but est de prévenir les traumatismes routiers liés à la conduite avec des facultés affaiblies, au manque de sobriété, etc.; cependant, ils étaient soucieux du fait que la plupart des programmes affichent un faible taux de succès sur le plan des effets à long terme. Ils ont indiqué que la recherche s'avérait essentielle afin d'établir des outils éducatifs efficaces.

Le Bureau régional de santé de Hamilton-Wentworth a également révélé plusieurs résultats uniques à la région. Selon une étude menée en 1985, 50 % de la population préscolaire utilisait de façon inappropriée des vitamines et suppléments minéraux et on soupçonnait que cet usage était encore plus répandu chez les adultes. Cela est peut-être attribuable au fait que les gens éprouvaient un manque de confiance dans la viabilité nutritionnelle des aliments, de l'industrie alimentaire (c.-à-d. l'étiquetage) et les connaissances des médecins en matière de nutrition. Le médecin hygiéniste était préoccupé par la façon de créer un changement d'attitude et de comportement sur ce plan et en ce qui concerne

d'autres question chez les défavorisés, car il était difficile de les atteindre avec des programmes de promotion de la santé.

Hamilton est également une collectivité unique en son genre, car c'est un centre industriel important; malgré cela, les risques professionnels, les accidents industriels et la pollution ont été des sujets rarement discutés. Selon la Commission des accidents du travail (1984), 6 989 cas de maladie et d'accidents ont été enregistrés en 1983. Les gens étaient peut-être hésitants à discuter de ces questions, car de telles discussions auraient peut-être menacé leurs emplois.

Le processus de dialogue communautaire a révélé par ailleurs un groupe de femmes enthousiastes et dévouées engagées dans des activités uniques en leur genre de promotion de la santé. Le conseil des femmes de Hamilton et de la région, depuis 1893, a regroupé les gens pour que les choses se fassent au sein de leur collectivité. Elles étaient activement engagées dans la promotion de la santé et encourageaient les réformes susceptibles de bénéficier aux individus, familles et à la vie commu-nautaire.

QUESTIONS SOULEVÉES AUX RÉUNIONS PRÉLIMINAIRES

Neuf réunions préliminaires se sont déroulées à Hamilton avec des individus et des groupes communautaires, entre les 21 et 24 avril 1987. Les questions principales suivantes ont été soulevées à la majorité des réunions.

Pollution

Les résidents de Hamilton étaient très inquiets de la qualité de l'air qu'ils respirent et de l'eau qu'ils boivent; toutefois, ils hésitaient d'en parler, possiblement à cause du lien avec leur emploi. Plusieurs personnes ont mentionné qu'on voit souvent des particules de graphite dans l'air, et que de nombreuses plages publiques sont polluées, ce qui accroît beaucoup l'utilisation des piscines municipales. À ce jour, aucune étude n'a été menée à Hamilton pour lier la pollution et les effets de celle-ci sur la santé. Les résidents aimeraient que cette relation soit évaluée et étaient d'avis que les compagnies créant la pollution devraient défrayer les coûts de nettoyage, plutôt que le gouvernement.

Transports

De nombreuses personnes ont mentionné que les transports au sein de la ville et vers les localités environnantes étaient inadéquats. Les transports sont concentrés vers le centre-ville de Hamilton et les gens demeurant à l'extérieur de la ville sont isolés. Cela s'avérait particulièrement vrai dans le cas des personnes âgées, autochtones de l'est de la ville et malades psychiatriques. Les gens demeurant dans des localités environnantes éprouvaient des difficultés à se rendre à Hamilton et en revenir pour bénéficier de programmes et de services de santé.

Personnes âgées

Dans la région de Hamilton-Wentworth, les personnes âgées représentent 12,2 % de la population, taux légèrement supérieur à la moyenne en Ontario qui est de 11 %. Le taux prévu à la fin du siècle pour Hamilton augmentera pour se situer à 15,5 %, soit 1,5 % de plus que le taux moyen de personnes âgées en l'Ontario. À mesure que la population de la région a augmenté au cours des dernières trente années, divers services sociaux et de santé ont été établis et mis en œuvre pour desservir les besoins de la population. À titre d'exemples, mentionnons les transports, les soins à domicile, les repas livrés à domicile et les soins infirmiers financés à Hamilton-Wentworth à tous les échelons du gouvernement, tant provincial que municipal. Dans certains cas, cependant, les services dispensés ne sont pas en mesure de répondre à certains besoins communautaires. Les autochtones, en particulier, ont indiqué le besoin de former plusieurs de leurs personnes en gérontologie afin d'aider leurs personnes âgées (p. ex. soutien à domicile, soins à domicile). Bien que de nombreuses personnes âgées de Hamilton étaient hésitantes de parler des lacunes des services pour les personnes âgées de la région, plusieurs professionnels de la santé ont indiqué une insuffisance des services de soins à domicile, de logements abordables et de consultation juridique. Ils ont en outre mentionné que de nombreux groupes de personnes âgées n'étaient pas unis, et par conséquent, axés sur des besoins différents. Dans bien des cas, les groupes n'étaient pas conscients des services et programmes dispensés par d'autres groupes de personnes âgées.

Une collaboration unique en son genre était à ce moment là en cours pour évaluer les besoins de la population de personnes âgées de Hamilton-Wentworth. Le ministère de la Santé, le ministère des Services sociaux et communautaires, le Conseil régional de santé de Hamilton-Wentworth et la municipalité régionale de Hamilton-Wentworth travaillaient ensemble afin d'obtenir des données qui permettraient la planification et la prestation de services sociaux et de

santé efficaces, opérants et accessibles pour les personnes âgées de la région. La formation d'un conseil de personnes âgées pour la ville de Hamilton constituait en outre un récent développement.

Logement

L'état des logements pour personnes à faible revenu était considéré comme déplorable. La plupart des logements n'étaient pas inspectés et le problème était la surpopulation. Plusieurs personnes ont indiqué qu'un plus grand nombre de logements subventionnés étaient nécessaires et que la coordination des programmes de logements était essentielle pour réduire le problème. Le taux de logements inoccupés était d'environ 0,5 %, et par conséquent, de nombreuses personnes à revenu fixe éprouvaient des difficultés à obtenir un logement à prix abordable.

Accessibilité

De nombreuses personnes ethniques et autochtones faisaient face à une barrière sur le plan de la communication quand ils essayaient d'avoir accès à l'information et aux services de santé. Un grand nombre de ces personnes, en particulier les personnes âgées immigrantes, n'étaient pas au courant des programmes et des établissements existants. Le Conseil multiculturel de Hamilton et de la région planifiait d'établir une clinique multiculturelle afin de palier à ce problème.

D'autres questions, moins souvent soulevées au cours des réunions préliminaires, figurent dans l'Annexe G.

QUESTIONNAIRE

Des ouvriers de Hamilton, pères de famille, ont déclaré ce qui suit :

Quelle est la chose la plus importante au sein de votre collectivité qui améliore votre santé?	Air frais/plein air
Quelle est la chose la plus importante au sein de votre collectivité qui nuit à votre santé?	Climat/tension
Que faites-vous pour être en bonne santé?	Mange des aliments nutritifs
Qu'est-ce qui fait que votre collectivité est un endroit où il fait bon vivre?	Environnement propre/ installations sportives
Quel(s) groupe(s) ou organisme(s)communautaire(s) fait(font) le plus pour améliorer la santé de votre collectivité?	Service de santé publique/ clubs de services
Qui (qu'elle) est votre source d'informations la plus importante en matière de santé?	Médias/service de santé publique

QUESTIONS SOULEVÉES À LA TRIBUNE

La tribune communautaire de Hamilton, à laquelle ont assisté environ 200 personnes, s'est déroulée le 1er juin 1987. Cette discussion publique a révélé un certain nombre de questions qui n'avaient pas été soulevées au cours des réunions préliminaires. Les questions soulevées par les personnes assistant à la tribune communautaire sont les suivantes, par ordre de fréquence d'apparition dans le cadre de la discussion.

Accessibilité

Les gens ont indiqué qu'ils avaient la liberté de choisir la naturopathie comme option aux soins de santé et qu'il y avait un besoin sur ce plan dans leur collectivité. Ce point de vue était également évident, alors que quelque 60 personnes ont manifesté leur appui à cet égard. Plusieurs personnes ont suggéré que des auditions impartiales soient instituées afin d'étudier cette approche et que la profession ne devrait pas être dérégularisée.

Nutrition

Les gens se souciaient du fait que les normes de nutrition et le matériel éducatif étaient inadéquats. Selon eux, les programmes de nutrition actuels ne sensibilisaient pas les enfants, ni les personnes d'âge moyen, ni les personnes âgées, car de tels programmes n'étaient pas adaptés aux besoins particuliers ou personnels. Les gens ont exprimé le besoin d'une politique alimentaire et nutritionnelle uniforme dans les écoles.

Médicaments

Selon les gens, de nombreux médecins prescrivent des médicaments avant qu'ils n'aient établi la cause du problème de santé, surtout quand ils traitent des problèmes d'ordre mental, ce qui cause à son tour d'autres incapacités. Ils pensent que les médecins devraient apprendre à écouter leurs patients et à donner les bonnes informations concernant la santé.

Plusieurs autres questions, moins fréquemment soulevées au cours de la discussion publique, figurent dans l'Annexe G.

V. OTTAWA (Quartier de Dalhousie)

Situation :	Ontario Est
Population :	20 098 (1983)
Industrie :	_____
Revenu moyen par famille :	Non disponible
Chômage :	Non disponible
Ethnie :	28,4% (1981)

ASPECTS EXCLUSIFS

Le processus de dialogue communautaire a mis en lumière plusieurs aspects uniques en leur genre du quartier de Dalhousie à Ottawa. Cette région comprend environ 32 groupes ethniques, ce qui représente une concentration plus élevée sur ce plan que toute autre région d'Ottawa-Hull. La langue est un obstacle majeur pour les gens sur le plan de l'accessibi-lité et de la compréhension des services et de l'information mis à leur disposition. La pauvreté est très prononcée dans cet endroit, ce qui plonge le logement en état de crise. Beaucoup de jeunes gens et de mères célibataires traînent d'abris en abris, assujettis à la discrimination et des logements chers et inadéquats.

Les gens, dont un grand nombre sont d'anciens malades psychiatriques ou (et) d'origine ethnique, ont indiqué ouvertement qu'ils subissent quotidiennement de la discrimination et que leur vie privée est souvent violée. Un grand nombre de travailleurs immigrants acceptent des emplois généraux sous-payés qui demandent du travail physique. Beaucoup sont aussi sans emplois, car ils ne parlent pas l'anglais couramment.

Contrairement à ce qui s'est produit dans les autres collectivités que nous avons visitées, les professionnels de la santé ont indiqué que d'habiliter les gens pour leur permettre de s'aider entre eux n'avait pas réussi avec les résidents du quartier de Dalhousie. La lutte constante pour satisfaire les besoins quotidiens était la seule préoccupation de ces gens et par conséquent, ils ne pouvaient pas s'occuper d'autre chose. Les soignants de cette région ont fortement fait remarquer que le développement communautaire de leur quartier exigeait des ressources aux fins de développement, ainsi qu'une direction pour la mise en œuvre des programmes.

Le Centre de santé communautaire du quartier de Dalhousie a révélé un concept exclusif de ces centres. Leur mandat ne leur permettait ni d'élaborer, ni de mettre en œuvre des programmes de promotion de la santé. Aucun financement n'était allouer au poste d'éducateur de la santé, à la recherche, ou la rédaction d'offres, en dépit du fait qu'un certain financement était prévu pour des projets de promotion de la santé. Le personnel, surchargé de travail individuel, n'avait pas de temps de préparer de propositions de financement, ni d'élaborer ou de mettre en œuvre des programmes. Malgré cela , ils étaient tous d'avis que l'éducation en matière de santé était un aspect important de leur prestation de programmes.

Dans chacune de ces collectivités, le processus de dialogue communautaire a révélé des gens enthousiastes et dévoués engagés dans des activités de promotion de la santé uniques en leur genre. L'Église anglicane St.Lukes, dans le quartier de Dalhousie, était un lieu de rassemblement publique bien connu. Elle offrait un programme déjeuner pour les pauvres et une garde de jour pour les anciens patients psychiatriques . Des bénévoles s'occupaient de ces programmes, qui desservaient de 50 à 60 personnes par jour. Le Centre de santé communautaire du quartier de Dalhousie a également beaucoup apporté aux activités liées à la promotion de la santé dans ce quartier. Son personnel dévoué à su diriger de nombreux programmes communautaires mis en œuvre. Tous ces gens ont aidé les résidents du quartier de Dalhousie à subvenir à leur besoins quotidiens.

QUESTIONS SOULEVÉES AUX RÉUNIONS PRÉLIMINAIRES

Dix réunions préliminaires ont été tenue à Ottawa avec des groupes communautaires et des individus, du 4 au 8 mai 1987. Parmi les nombreuses questions qui ont été soulevées, voici celles qui l'ont été le plus fréquemment au cours des réunions.

Pauvreté

La question qui préoccupe les gens du quartier de Dalhousie concerne les nécessités premières, tels que la nourriture, l'abri et l'habillement pour les gens pauvres. La population ethnique est élevée. Les résidents ont tendance à être célibataire (44,1 %), moins éduqués que dans d'autres parties d'Ottawa et plus enclin à louer le logement (77,4 %). Un grand nombre de professionnels de la santé ont indiqué que les gens de cet endroit n'avaient pas les moyens de s'offrir des aliments nutritifs et que beaucoup avaient assisté au programme déjeuner local et allaient s'approvisionner à la banque d'aliments. Bien que ces programmes s'efforçaient de leur fournir de la nourriture nutritive, cela n'était pas toujours possible, et la malnutrition devenait souvent un problème. Ces gens avaient aussi des difficultés à se vêtir et se loger. Beaucoup traînaient d'abri en abri, cherchant la banque d'aliments qui sera ouverte pour leur prochain repas. Bien souvent, ces gens ignoraient les programmes et services communautaires qui leur étaient offerts. De nombreux professionnels de la santé de la région ont mentionné qu'il était difficile de dépister ces gens. Beaucoup ne parlaient pas l'anglais et il manquait de traducteurs.

Accessibilité

Plusieurs personnes ont indiqué qu'il y avait un manque de services et d'informations sur la santé dans diverses langues. Bien que plusieurs immigrants travaillaient au Centre de santé communautaire du quartier de Dalhousie, ils ne pouvaient pas faire face au nombre de cas croissant de personnes ethniques. Il y avait également très peu de médecins ethniques, et ils s'efforçaient de faire face à un nombre croissant de patients De nombreuses personnes immigrantes ont indiqué que les médecins Canadiens étaient très sensibles à leurs besoins, malgré que des différences linguistiques et culturelles empêchaient une bonne compréhension entre le patient et le médecin. Les professionnels de la santé ont indiqué que dans le passé, ils auraient eu recours à quiconque dans la région d'Ottawa qui parlait la langue du client ou du

patient. Cependant, des problèmes survenaient quand le traducteur n'était pas familier avec la terminologie médicale. Il y a actuellement un manque de traducteurs professionnels. Une mauvaise communication a également empêché de nombreuses personnes de connaître les programmes et services de santé qui leur sont proposés.

Avant que ne commence la tribune communautaire, plusieurs personnes ont soulevé des questions concernant la dérégulation de la naturopathie. Selon eux, les résidents de l'Ontario devraient avoir la liberté de choisir la naturopathie comme une forme de soins de santé en option.

Argent

Plusieurs professionnels de la santé ont indiqué qu'il y avait un manque de financement pour les programmes de promotion de la santé. Les résidents du quartier de Dalhousie étaient occupés à résoudre des problèmes de base, tel que d'obtenir de la nourriture et un logement, et beaucoup manquaient les compétences pour développer et coordonner un programme communautaire. Les professionnels de la santé du quartier pensent que des ressources sont nécessaires si l'on veut établir des programmes pour ces gens. Par contre, ils ont fait remarquer que les programmes communautaires devaient être élaborés par quelqu'un ayant la capacité de communiquer avec la clientèle.

Plusieurs personnes ont indiqué que les propositions de financement étaient trop longues et complexes, et qu'ils n'avaient pas le temps, à cause de leur travail surchargé, à consacrer à un processus de financement compliqué. Selon eux, le style de rédaction de la proposition semble avoir plus d'importance pour l'octroi du financement que le programme proposé lui-même. Ils ont aussi indiqué que le financement était souvent fragmenté et par conséquent entravait la continuité du programme. Les gens ont indiqué en outre qu'il y avait un manque général d'engagement financier sur le plan de la promotion de la santé.

Personnes âgées

Les gens ont soulevé des questions concernant le manque de programmes d'aide à domicile et de services de transport pour les personnes âgées. Le Centre de santé communautaire du quartier de Dalhousie s'efforçait d'élaborer des programmes qui répondraient aux besoins accrus des personnes âgées dans la région; Toutefois, ils n'ont pas su obtenir de financement

pour un directeur de cas. sociaux. Une telle personne pourrait coordonner des réseaux de soutien pour le personnes âgées et former des personnes âgées bénévoles pour travailler comme conseillers dans les bâtiments de logements pour personnes âgées du quartier.

Santé mentale

Plusieurs personnes ont mentionné la présence de nombreux anciens patients psychiatriques dans le quartier, et qu'il n'y avait aucun contrôle ultérieur qui leur était offert. Ces personnes éprouvent des difficultés chroniques à trouver des emplois et des logements. Les professionnels de la santé que les évaluations et analyses des domiciles de ces gens étaient inadéquates et que des programmes de formation nutritionnelle et d'aptitudes à la vie quotidienne étaient nécessaires pour les aider à faire face à la vie communautaire quotidienne.

Les autres questions, soulevées moins fréquemment au cours des réunions préliminaires, figurent à l'Annexe G.

QUESTIONNAIRE

Le taux de retour des questionnaires à Ottawa a été trop faible pour que les réponses soient indiquées.

QUESTIONS SOULEVÉES À LA TRIBUNE

La tribune communautaire d'Ottawa (quartier de Dalhousie), à laquelle ont assisté environ 100 personnes, s'est déroulée le 16 juin 1987. Les questions soulevées par les participants de la tribune communautaire sont les suivantes par ordre de fréquence d'apparition dans le cadre de la discussion.

Logement

Plusieurs personnes ont soulevé des questions concernant le manque de logements adéquats à prix abordables. Beaucoup louent des logements dans le quartier, plus que dans tous autres quartiers de la région. Beaucoup de mères célibataires et d'assistés sociaux demeurent dans le quartier. Selon plusieurs personnes, une «peinture en blanc» s'est produite. Les maisons à loyer modique ont été peintes pour en augmenter leur valeur locative, ce qui a entraîné l'éviction de nombreux locataires. Les gens pensent que plus de logements à but non lucratif sont nécessaires avant l'hiver. Ils ont indiqué que de nombreuses personnes pauvres vivent dans la rue. Un organisme, du nom de «Housing Help» (Aide logement), a été établie pour coordonner les services de logement et aider les gens à faire des demandes pour des logements coopératifs ou (et) publics. Bien souvent, les gens ne savent pas que ces genres de logements existent. Cet organisme a empêché également que de nombreuses personnes deviennent sans abri en les informant de leurs droits. En 1986, il a desservi 5 000 personnes dont plus de la moitié de avaient un revenu inférieur à 5 000 $ et l'autre moitié supérieur à 10 000 $. Selon les gens, les ministres de la Santé et du Logement devraient s'occuper de la crise du logement.

Gouvernement

De nombreuses personnes ont soulevé des questions concernant le manque de collaboration et de communication inter et intra ministérielle, ainsi qu'avec les organismes communautaires. Plusieurs professionnels ont indiqué l'obtention de fonds impliquait souvent plusieurs ministères, qu'il était difficile d'obtenir des informations et de recevoir de la coopération. Il leur semble que les ministères ne se parlent pas et ainsi ni l'un ni l'autre ne sait ce qui se passe. Selon eux, de nombreuses questions relatives à la santé ont de multiples aspects et par conséquent, concernaient plusieurs ministères. Les résidents du quartier de Dalhousie ont indiqué qu'il était difficile des informations et de l'assistance des divers ministères. Ils doivent faire d'innombrables appels téléphoniques et visites aux bureaux du gouvernement. Les gens pauvres ne pouvaient pas se permettre les frais de transport etc., et il leur semblait que le processus était intimidant et source de tension. Selon les gens, les questions relatives à la santé, tels que les programmes pour les personnes ayant des besoins spéciaux, relevaient de la responsabilité des divers ministères. Par conséquent, une collaboration et une discussion interministérielles étaient nécessaires pour établir des solutions adéquates.

Nutrition

Les gens ont également soulevée des question relatives aux mauvaises habitudes nutritionnelles des personnes pauvres et sans emplois. Ils ont mentionné que ces gens n'avaient pas les moyens de s'acheter des fruits et des légumes et qu'ils ne mangeaient souvent qu'un seul repas par jour. C'est, disent les gens, cause d'obésité et de malnutrition chez de nombreux résidents. Les programmes déjeuners étaient populaires dans le quartier et les services des banques d'aliments locales étaient souvent utilisés.

Multiculturalisme

Plusieurs professionnels de la santé ont indiqué que les nombreux groupes ethniques du quartier avaient des problèmes aux aspects multiples, et que la langue, le problème principal, avait empêché les personnes ethniques d'assister à la tribune. Selon les gens, des programmes de sensibilisation culturelle afin d'initier les prestateurs de soins et de services de santé actuels aux diverses cultures. D'après eux, des programmes de promotion de la santé devaient être dirigés vers les divers groupes ethniques qui éprouvaient de la difficulté à obtenir des informations et des services dans leur langue maternel. Selon les gens, la prestation de services de santé et la diffusion d'informations relatives à la santé dans diverses langues et approches culturelles était nécessaire afin d'empêcher la mauvaise compréhension. Cela est tout particulièrement important dans le quartier de Dalhousie étant donné le manque de traducteurs.

Plusieurs autres questions, soulevées dans le cadre de la discussion publique, figurent dans l'Annexe G.

VI. PETROLIA

Situation :	Sud-ouest
Population :	4 284 (1986)
Industrie :	Agriculture et tourisme
Revenu moyen par famille :	Non disponible
Chômage :	Non disponible
Ethnie :	18, 5%

ASPECTS EXCLUSIFS

Le processus de dialogue communautaire a mis en lumière plusieurs aspects uniques en leur genre de Petrolia. C'est une collectivité agricole aux liens étroits avec de nombreux services de soutien laïques. Un grand nombre de fermiers sont menacés de perdre leur ferme à cause de difficultés économiques et par conséquent, l'entraide est courante au sein de la collectivité. Les personnes âgées s'entraident également et elles sont bien organisées.

Des commentaires bienveillants ont été faits à propos des gens étant capables de profiter de leur vie et de surmonter les problèmes. Des questions concernant les fermiers solitaires, les mères célibataires demeurant dans des logements isolés au-dessus de magasins, les enfants utilisant la maladie comme échappatoire témoignent toutes d'un souci bienveillant et sincère pour le bien-être des gens.

Petrolia possède un programme de soins palliatifs qui coordonne les différents niveaux de services pendant que le patient est dans un établissement et après, quand il est de retour chez lui. C'est un modèle pour les autres défis de planification liés au renvoi des patients hospitalisés dans le Sud-ouest de l'Ontario.

Le dialogue communautaire a révélé en outre un résident enthousiaste et dévoué engagé dans des activités de promotion de la santé. Un fermier a établi un organisme bénévole appelé «Neighbours Helping Neighbours» (Entraide Voisins) pour aider les autres fermiers et leurs familles à faire face à la crise agricole. Cette organisation à fourni un soutien inestimable à de nombreuses personnes de la collectivité.

QUESTIONS SOULEVÉES AUX RÉUNIONS PRÉLIMINAIRES

Neuf réunions préliminaires ont été tenues à Petrolia avec des groupes communautaires et des individus, entre les 22 et 24 avril 1987. Les questions clés suivantes ont été soulevées à la majorité des réunions.

Environnement

Les gens ont soulevé des questions en ce qui a trait à la pollution de l'eau et de l'air. Les résidents ont indiqué en particulier qu'ils étaient inquiets des dangers associés à un processus qu'une firme emploie pour extraire de pétrole brut d'une solution analogue à de l'eau huileuse.. Lorsqu'un alcalin est ajouté à une solution acide, cela dégage une très mauvaise odeur. Les résidents étaient également inquiets des produits chimiques utilisés dans ce processus qui, conservés dans un réservoir à base de claie, avaient fuient dans leur eau potable. Les gens se sont rendus compte que l'incidence du cancer, des allergies, des saignements de nez et de la calvitie était élevée dans leur collectivité. Un comité de sécurité écologique comprenant des membres du conseil, le ministère de l'Environnement, des citoyens et les producteurs de pétrole a été fondé pour surveiller le problème de pollution et une étude à ce sujet a été menée.

Logement

Selon les résidents, le gouvernement ne collaborait pas ni ne communiquait avec le conseil de leur collectivité. Le conseil municipal a signalé des incidents où les représentants du gouvernement n'ont pas communiqué avec le maire en ce qui a trait à des décisions affectant la communauté. De nombreux résidents étaient fâchés, parce que le gouvernement leur avaient promis un équipement d'alimentation d'eau il y a plus d'un an et qu'ils n'avaient pas encore reçu d'argent.

Accessibilité

En général, les gens parlent en bien des hôpitaux de la région; cependant, un grand nombre de personnes ont soulevé des questions concernant le manque de spécialistes et autres professionnels de la santé dans leur région. Plusieurs résidents ont indiqué que les gens vont souvent à London aux fins de traitement, car il ont plus confiance dans la qualité des soins qu'ils reçoivent dans un hôpital d'enseignement.

Transports

Les gens ont également soulevé des questions concernant le manque de transports pour les gens ayant des besoins spéciaux. (p. ex. les personnes âgées, les handicapés, etc.) au sein de la collectivité. Ils ont fait remarquer qu'il n'y avait aucun service d'autobus local, ni taxis, et qu'il n'y avait aucun service d'autobus vers les localités environnantes. Les résidents éprouvaient des difficultés à se rendre aux services de santé et à en revenir.

Plusieurs autres questions, soulevées au cours de la discussion, figurent sur l'Annexe G.

QUESTIONNAIRE

Certains hommes à Petrolia ont déclaré ce qui suit :

Quelle est la chose la plus importante au sein de votre collectivité qui améliore votre santé?	Sports/loisirs
Quelle est la chose la plus importante au sein de votre collectivité qui nuit à votre santé?	Air/eau
Que faites-vous pour être en bonne santé?	Exercices

Qu'est-ce qui fait que votre collectivité est un endroit où il fait bon vivre?	Gens
Quel(s) groupe(s) ou organisme(s)communautaire(s) fait(font) le plus pour améliorer la santé de votre collectivité?	Centres communautaires/ de loisirs
Qui (qu'elle) est votre source d'informations la plus importante en matière de santé?	Médias

QUESTIONS SOULEVÉES À LA TRIBUNE

La tribune communautaire de Petrolia, à laquelle ont assisté quelque 50 personnes, a eu lieu le 20 mai 1987. La discussion publique a révélé les questions suivantes par ordre de fréquence d'apparition dans le cadre de la discussion.

Accessibilité

Plusieurs personnes ont soulevé des questions au sujet de la dérégulation de la naturopathie. Ils ont indiqué qu'il était nécessaire qu'il y ait des naturopathes, en plus de la médecine classique. Selon eux, les gens devraient avoir la liberté de choisir des thérapies en option et que de tels traitements soient remboursables au titre de l'O.H.I.P.

Personnes âgées

Les gens se soucient du contrôle ultérieur inadéquat pour les personnes âgées renvoyées de cadres de soins pour malades aigus. Ils ont questionné la qualité des évaluations en cours, le type de soutien offert aux patients renvoyés et la durée des programmes de soutien. Ils ont indiqué qu'une prolongation de soins était nécessaire et que les services offerts aux personnes âgées doivent être promus.

Pollution

Les résidents ont également soulevé des questions en ce qui concerne l'emploi d'angrais et de produits chimiques dans les régions que les gens fréquentent. Ils ont demandé plus de renseignements et de matériel didactique sur le contenu, la surveillance et l'analyse de la pollution et les produits chimiques de l'eau.

Plusieurs autres questions, moins fréquemment soulevées à la tribune communautaire, figurent dans l'Annexe G.

VII. SAULT-SAINTE-MARIE

Situation :	Nord-est
Population :	86 390 (1981)
Industrie :	Tourisme et fabrication
Revenu moyen par famille :	27 986 $ (1981)
Chômage :	20 % (1981)
Ethnie :	40 % (1981)

ASPECTS EXCLUSIFS

Le processus de dialogue communautaire a mis en lumière plusieurs aspects uniques en leur genre de Sault-Sainte-Marie. Les gens ont indiqué que le travail d'équipes, qui est le genre de travail le plus répandu au sein de leur collectivité, interférait avec la vie familiale et la participation communautaire. Selon les gens, le travail par équipes était un facteur qui contribuait au taux de divorce élevé de la région.

Le Bureau de santé du groupe à Sault-Sainte-Marie est également unique en son genre du fait que les médecins perçoivent des salaires, plutôt que d'être rémunérés sur une base d'honoraires à l'acte. Les résidents pensent que le bureau de santé dispense des soins communautaires et qu'ils avaient un certain apport dans ces soins. Ils ont également parlé favorablement de son programme Tel Med.

Contrairement à ceux de nombreuses collectivités, les résidents de Sault-Sainte-Marie ont des liens spéciaux qui les ont aidés à faire face aux licenciements et chômage massifs qui se sont produits au cours des quelques dernières années. La disponibilité restreinte d'emplois a entraîné une concurrence intense pour les débouchés actuels au niveau de l'emploi et une perte de population. Cela a également contribué aux problèmes liés à la tension, ainsi que d'ordre familial et social. Cependant, les résidents se sont tournés vers les sports et les activités communautaires qu'ils aiment, ce qui a aidé à calmer une certaine partie de la tension.

La population de cette région est une mosaïque de quelque 54 groupes ethniques qui forment presque la moitié de la population. Toutefois, parmi un grand nombreux de ces résidents, on pensait que leurs besoins n'étaient pas desservis. Ils aimeraient établir un centre

d'information pour la région. à l'heure actuelle, les plus importants groupes ethniques échangeaient des informations sur la santé. Par contre, les plus petits *groupes ethniques* éprouvaient des difficultés à se procurer des informations et d'autres services communautaires.

La situation géographique de Sault-Sainte-Marie est unique en son genre et par conséquent, pose un problème de santé particulier aux résidents. C'est le seul centre du Nord de l'Ontario situé le long de la route Transcanadienne, avec un accès direct aux États-Unis par le pont international de Sault-Sainte-Marie, reliant l'Ontario et le Michigan. Sault-Sainte-Marie possède un des systèmes d'écluses les plus occupés au monde. Tous les bateaux de plaisance, bateaux fluviaux et océaniques entrant ou quittant le Lac Supérieur doivent passer par les écluses canadiennes ou américaines. Ainsi, de nombreux résidents se posaient des questions concernant le transport de substances toxiques et les répercussions sur la santé en cas de sinistre.

QUESTIONS SOULEVÉES AUX RÉUNIONS PRÉLIMINAIRES

Neuf réunions préliminaires ont été tenues à Sault-Sainte-Marie avec des groupes communautaires et des individus, du 10 au 12 mars 1987. Parmi les nombreuses questions soulevées, les questions clés suivantes l'ont été le plus fréquemment aux cours des réunions.

Accessibilité

Un grand nombre de résidents de Sault-Sainte-Marie se souciaient du manque de spécialistes dans la région et du taux élevé de rotation. Certaines personnes ont déclaré qu'elles avaient dû attendre jusqu'à six mois pour consulter un spécialiste. D'autres personnes ont indiqué que des appareils, comme les respirateurs et les tomographes transverses avec ordinateur, étaient également nécessaires et qu'il y avait un manque de lits pour les personnes atteintes de maladies chroniques.

Alcool et drogues

Selon plusieurs professionnels, plus d'alcool par personne est vendu dans la région que dans toutes autres régions. Beaucoup de personnes ont indiqué que le taux de l'usage abusif de l'alcool et de drogues était relativement élevé. Selon eux, cela est attribuable au travail par équipes et au chômage, et du taux de divorce croissant qui en résulte. Les gens ont admis avoir développé beaucoup de tension, causant beaucoup de troubles familiaux. Certains résidents ont indiqué que l'accès à des drogues illégales était chose facile, vu que leur collectivité est une ville frontière.

Loisirs

Bien que Sault-Sainte-Marie soit perçue comme une collectivité orientée vers les sports, de nombreux résidents ont indiqué que l'accès aux installations sportives était coûteux. Les parents étaient souvent incapables d'assister leurs enfants dans leurs activités de loisirs, car les deux travaillaient et dans bien des cas, à des quarts différents. Bien des gens ont fait remarquer que les résidents devaient être membres d'une équipe afin d'avoir accès aux installations. Les équipes partageaient le coûts de nombreuses installations, alors que l'individu ne pouvait pas se permettre les tarifs coûteux. D'autre part, de nombreuses famille ne pouvaient pas se permettre les coûts comme membres d'équipes pour leurs enfants. Plusieurs femmes ont indiqué qu'un plus grand nombre d'installations étaient prévues pour les hommes, car ils recevaient plus de financement. L'industrie locale a énormément réduit le financement des sports et des loisirs communautaires, les rendant de ce fait moins abordables et réduisant la participation des enfants.

Personnes âgées

Les gens de Sault-Sainte-Marie, et en particulier les personnes âgées, se soucient du fait que les personnes âgées demeurant dans les régions rurales ne recevaient pas de soutien suffisant dans le secteur des soins à domicile et des informations relatives à la santé. Un pourcentage élevé de jeunes gens ont quitté la région à cause du chômage élevé et par conséquent, de nombreuses personnes âgées sont seules. Un grand nombre d'entre elles ont indiqué qu'un nombre accru de programmes de soutien/ de soins à domicile étaient nécessaires pour leur permettre de demeurer dans leur propre foyer. Le conseil des personnes âgées de la région établissait des sous-conseils de personnes âgées et de soignants dans chaque région, afin que des réunions régulières soient possibles en vue de partager les informations et les programmes. Alors que de nombreuses personnes âgées étaient ravies des programmes de conditionnement physique de la région, ils ont indiqué que les programmes et les services de transport étaient inadéquats. Selon elles également, un grand nombre de personnes âgées ignoraient les programmes et les services destinés à les aider.

Les autres questions, soulevées moins fréquemment aux réunions préliminaires, figurent sur l'Annexe G.

QUESTIONNAIRE

Des jeunes femmes de Sault-Sainte-Marie ont déclaré ce qui suit :

Quelle est la chose la plus importante au sein de votre collectivité qui améliore votre santé?	Air frais/environnement
Quelle est la chose la plus importante au sein de votre collectivité qui nuit à votre santé?	Air/eau
Que faites-vous pour être en bonne santé?	Exercices
Qu'est-ce qui fait que votre collectivité est un endroit où il fait bon vivre?	Sécurité
Quel(s) groupe(s) ou organisme(s) communautaire(s) fait (font) le plus pour améliorer la santé de votre collectivité?	Bureau de santé
Qui (qu'elle) est votre source d'informations la plus importante en matière de santé?	Médias

QUESTIONS SOULEVÉES À LA TRIBUNE

La tribune communautaire de Sault-Sainte-Marie, à laquelle quelque 70 personnes ont assisté, s'est déroulée le 9 juin 1987. La discussion publique a révélé un certain nombre de questions qui n'ont pas été soulevées dans le cadre des réunions préliminaires. Les questions que les gens ont le plus souvent soulevées à la tribune sont les suivantes, par ordre de fréquence d'apparition dans le cadre de la discussion.

Accessibilité

Plusieurs personnes ont soulevé des questions concernant le manque d'équité du Programmes de subventions pour frais de transport aux fins médicales dans le Nord de l'Ontario. Dans de nombreux cas, les personnes doivent voyager dans le Sud de l'Ontario pour faire évaluer et ajuster leurs appareils et prothèses. Les gens ont indiqué que le montant d'argent alloué au patient et à un membre de sa famille ou un compagnon de voyage était insuffisant. De plus, dans certains cas, les patients âgés de plus 18 ans, n'avaient pas le droit de réclamer le remboursement de frais au titre du Programme de subventions aux fins de transport pour un compagnon ou un membre de leur famille. Les gens perçoivent cela comme injuste et source de tension pour les patients. Les gens ont également fait remarquer qu'il était difficile d'obtenir des informations sur le Programme d'appareils et de prothèses et de recevoir des évaluations adéquates à Sault-Sainte-Marie.

En outre, plusieurs personnes ont soulevé des questions concernant la dérégulation de la naturopathie. Selon eux, les résidents de l'Ontario devraient avoir le droit de choisir des thérapies en option.

Argent

De nombreuses personnes ont indiqué qu'elles étaient frustrées par le manque de ressources engagées à la promotion de la santé. Selon elles, l'argent devrait être dirigé vers des campagnes dans les médias portant sur des modes de vie sains et le service de la santé publique ne recevait pas suffisamment de financement pour élaborer des programmes de promotion de la santé. Plusieurs personnes ont fait remarquer que de nombreux organismes et groupes communautaires à Sault-Sainte-Marie avaient d'excellents programmes de promotion de la santé qui étaient bien utilisés; cependant, ils éprouvaient de la difficulté attribuable au manque de financement.

Multiculturalisme

Le représentant d'un des 54 groupes ethniques qui composent la population de Sault-Sainte-Marie a indiqué que les soins de santé qu'ils reçoivent sont rendus plus complexes vu les barrières linguistiques et culturelles.

Ces barrières reflétaient les différences fondamentales entre les pratiques classiques de soins de santé et les concepts des groupes autochtones. Les barrières comptaient parmi elles l'incapacité des praticiens de la santé et des immigrants à communiquer entre eux concernant l'état de santé d'un patient ou la méthode de traitement appropriée. Par conséquent, la prise des médicaments est souvent négligée ou s'effectue à de mauvais moments. De nombreux immigrants s'inquiètent également de se voir diagnostiqués comme ayant une maladie grave qui pourrait susciter leur déportation. Ils pensent que ce manque de communication et de compréhension causait des problèmes émotifs, qui souvent passent inaperçus et engendre des problèmes de santé.

Plusieurs autres questions, soulevées une fois au cours de la discussion publique, figurent sur l'Annexe G.

VIII. TIMMINS

Situation :	Nord-est
Population :	45 743 (1983)
Industrie :	Exploitation minière
Revenu moyen par famille :	25 982 $ (1981)
Chômage :	11,1% (1987)
Ethnie :	42 % de francophones (1981)

ASPECTS EXCLUSIFS

Le processus de dialogue communautaire a mis en lumière plusieurs aspects uniques en leur genre de Timmins. Par opposition aux autres collectivités, de nombreux résidents ont discuté librement du niveau de tension qu'ils éprouvaient. De nombreuses personnes ont indiqué que les longs hivers durs, le manque d'activités sociales et la force de travail instable est une source d'angoisse énorme pour les familles. De nombreux résidents n'étaient pas contents de leur travail et se sentaient isolés. Plusieurs de ces personnes ont également fait remarquer que le taux de suicide de la région était élevé et qu'il était probablement lié à la tension.

Les gens ont en outre indiqué qu'il y avait un taux élevé de grossesses chez les adolescentes pour la région. De nombreux résidents ont fait remarquer que les adolescentes acceptaient le concept d'être enceintes. Les professionnels de la santé de Timmins s'inquiétaient de cette attitude et beaucoup de gens pensaient que c'était le résultat de l'alcool, des drogues et du manque d'installations et d'activités, ainsi que la tension placée sur les familles. Ils ont senti que leurs problèmes étaient reliés entre eux et créaient un «cercle vicieux».

Parmi les collectivités que nous avons visitées, Timmins était celle où la concentration de la population francophone était la plus élevée (42 %). Cependant, une association locale de Francophones a indiqué qu'il y avait un manque de services et d'informations en langue française. Une association représentative a fait remarquer qu'il y avait actuellement trois médecins de langue française desservant quelque 19 000 résidents francophones.

De nombreuses personnes ont indiqué que les résidents de Timmins étaient hésitants d'admetttre ou de faire face à un grand nombre de problèmes de santé sévissant au sein de leur collectivité. Des tentatives visant à établir des installations, comme des abris pour les femmes battues, se sont vues opposées.

Dans chacune des collectivités que nous avons visitées, le processus de dialogue communautaire a également révélé des personnes enthousiastes et dévouées engagées dans des activités de promotion de la santé au niveau régional. À Timmins, une femme très engagée dans le secteur de la santé mentale communautaire et une bénévole chez Télésoins, une ligne de téléphone ouverte 24 heures par jour pour les situations de crise, a offert énormément de soutien et de conseils à de nombreux résidents. De la même façon, un groupe de femmes, anciennement appelé le «Groupe de santé des femmes», a dirigé plusieurs cliniques de femmes en bonne santé. Elles ont offerts à de nombreuses femmes des services accessibles, tels que des tests de Papanicolaou, des directives pour l'auto-examen de la poitrine, l'immunisation et des tests de conditionnement physique. Elles ont également tenu une tribune pour les femmes sur la tension. Nous espérons que ces personnes, ainsi que d'autres à Timmins continueront de contribuer à la santé de leur collectivité.

QUESTIONS SOULEVÉES AUX RÉUNIONS PRÉLIMINAIRES

Neuf réunions préliminaires ont été tenues du 20 au 24 mars 1987 à Timmins avec des groupes communautaires et des individus. Parmi les questions relatives à la santé qui ont fait l'objet de la discussion, les questions clés suivantes se sont dégagées de la majorité des réunions.

Alcool et drogues

De nombreuses personnes ont soulevées des questions concernant le taux élevé d'alcoolisme et d'usage abusif de drogues de la région. Selon la fondation de locale de recherches sur la toxicomanie, il y avait environ 40,9 alcooliques par 1 000 habitants en 1982 à Timmins, comparativement à la moyenne provinciale de 31,2 par 1 000 habitants. Ils ont également indiqué que 292,1 délits liés à la drogue par 100 000 habitants ont été enregistrés en 1981 dans la région, comparativement à la moyenne provinciale de 278 délits par 100 000 habitants. Beaucoup ont mentionné le nombre élevés de débits d'alcool, et que les résidents, surtout les jeunes, fréquentaient les brasseries locales vu le manque d'activités pour eux. La

Fondation de recherches sur la toxicomanie a rapporté que la région de Cochrane (y compris Nippissing et Timiskaming) avait 150,6 établissements détenteurs d'un permis d'alcool par 100 000 habitants (1982), un taux plus élevé que le taux provincial de 109,3.

Santé mentale

Plusieurs personnes ont fait remarquer qu'elles étaient inquiètes du taux de suicide croissant dans la région. Le service de la santé publique a rapporté que le nombre de suicides dans la région, bien que bas, engendrait un taux par habitant plus élevé que celui de d'autres collectivités et que c'était la troisième cause la plus importante de décès dans la région. Selon les gens, la cause est peut-être imputable à un manque de débouchés d'emplois et d'activités sociales, ainsi qu'à de longs hivers durs. Ils l'ont également attribué avec les taux élevé d'abus d'alcool et de drogues. Un représentant des autochtones de la région a fait remarquer que le suicide et l'alcoolisme constituent des problèmes majeurs pour eux.

Plusieurs professionnels de la santé ont soulevé des questions à propos du taux élevé d'inceste et de mauvais traitement infligé aux enfants. Bien que les résidents éprouvaient une certaine réticence à en parler, plusieurs ont mentionné que c'était le résultat d'un manque d'amour-propre chez les femmes se passant de génération en génération. Ils ont indiqué que ces problèmes, ainsi que l'alcoolisme, étaient établis depuis de longue date. Les gens ont aussi mentionné que Timmins était une collectivité dominée par les hommes. Actuellement, un groupe de travail de la Société d'aide à l'enfance menait une enquête dans la région sur les cas d'agression sexuelle envers les enfants.

Personnes âgées

De nombreuses personnes, surtout les personnes âgées, ont soulevé des questions concernant le manque de services de transport et d'aide à domicile pour les personnes âgées. Le service local d'autobus était considéré inadéquat, car il était nécessaire d'appeler deux à trois jours d'avance pour bénéficier du service. De nombreuses personnes âgées se sont plaints que les marches des autobus de la ville étaient trop hautes et qu'il n'y avait pas de service d'autobus en ville le soir. Elles ont également exprimé leurs inquiétudes en ce qui a trait la mobilité, qui était encore plus difficile en hiver à cause de l'entretien inadéquat des rues et des trottoirs.

Plusieurs personnes ont fait remarquer le besoin d'un nombre accru de programmes de soutien visant à permettre aux personnes âgées de demeurer chez elles aussi longtemps que possible. Les personnes âgées ont mentionné qu'elles avaient besoin d'aide avec l'entretien de leur domicile, d'un système d'alarme pour celles qui vivent seules afin d'appeler de l'aide en cas d'urgence, et d'un programme d'escorte pour celles qui ne peuvent pas faire leur épicerie seules.

Loisirs

Les gens ont également soulevé une question concernant le manque d'activités pour les jeunes, ainsi que d'installations de loisirs. Ils ont indiqué que la majeure partie des activités étaient activités d'équipes et que si une personne n'était pas choisie comme membre d'une équipe, il y avait très peu d'installations de loisirs qui leur restaient accessibles, surtout pour les femmes. Un grand nombre d'installations étaient inadéquates et chères. Bien qu'il y avait une halte-garderie pour les jeunes, selon les gens, ce n'était pas suffisant. Ils aimeraient que les écoles et les églises organisent plus d'activités pour les jeunes. Il s'inquiètaient du fait que des groupes comme les Scouts perdaient de la popularité. En général, les gens pensaient que le manque d'activités, à la fois pour les jeunes gens et les adultes, était la source de nombreux problèmes sociaux à Timmins.

Les autres questions, soulevées au cours des réunions préliminaires, figurent dans l'Annexe G.

QUESTIONNAIRE

Le taux de retour des questionnaires à Timmins était trop faible pour en indiquer les réponses.

QUESTIONS SOULEVÉES À LA TRIBUNE

La tribune communautaire de Timmins, à laquelle ont assisté quelque 50 personnes, a eu lieu le 10 juin 1987. La discussion publique a révélé les questions suivantes par ordre de fréquence d'apparition dans le cadre de la discussion.

Argent

Plusieurs personnes ont indiqué que le bureau de santé régional et de nombreuses associations communautaires étaient incapables d'élaborer des programmes de promotion de la santé, par manque de financement. Elles ont fait remarquer que l'argent était toujours accordé aux nouveaux hôpitaux dans le Nord de l'Ontario, et que par contre, le secteur communautaire recevait peu de financement. Elles ont également mentionné qu'elles aimeraient plutôt voir un centre sportif et culturel accessible qui serait susceptible de bénéficier aux gens sur le plan de l'amour-propre, etc., et non un autre hôpital qui ne pourrait pas desservir les besoins des jeunes gens. Les gens aimeraient que, dans le cadre d'une approche sérieuse à la santé, le ministère accélère le processus de financement et l'établissement de programmes communautaires.

Autochtones

Plusieurs personnes ont soulevé des questions concernant les problèmes de santé et sociaux qu'éprouvent les autochtones de la région. Elles ont indiqué que les autochtones avaient perdu leur identité dans la société de l'homme blanc. Aucuns incitatifs ne leur étaient offerts pour qu'ils deviennent indépendants. Une représentante des autochtones a recommandé que ceux-ci soient acceptés et embauchés à des postes où ils pouvaient travailler de leurs mains (p. ex. concierge, hôtel, etc), plutôt que de leur donner l'aumône. Elle a fait remarquer qu'un grand nombre de leurs problèmes, tel que l'usage abusif d'alcool et de drogues, n'étaient pas résolus en grande partie à cause des barrières juridictionnelles fédérales concernant la répartition des ressources.

Une autre personne autochtone a exprimé son insatisfaction de la profession médicale dans le Nord. Les médecins manquaient généralement d'expérience et quittaient la région à cause de l'isolement, après qu'ils aient acquis de l'expérience. Les gens ont également indiqué que des autochtones pouvaient être formés comme médecins afin de réduire les problèmes actuels de communication et de rotation.

Les gens ont fait remarquer que tous les ministères, et notamment le gouvernement fédéral, doivent communiquer afin de surmonter les barrières intersectorielles et juridictionnelles confrontant les autochtones.

Plusieurs personnes ont soulevé des questions concernant la dérégularisation de la naturopathie et ont indiqué qu'ils aimeraient avoir la liberté de choisir entre diverses options de soins de santé.

Plusieurs autres questions, soulevées au cours de la discussion publique, figurent dans l'Annexe G.

IX. WINDSOR

Situation :	Sud-ouest
Population :	246 110 (1981)
Industrie :	Fabrication
Revenu moyen par famille :	26 643 $
Chômage :	9,5 % (1985)
Ethnie :	18,7 % (1981)

ASPECTS EXCLUSIFS

Le processus de dialogue communautaire a mis en lumière plusieurs aspects uniques en leur genre de Windsor. La collectivité possède un noyau important et très actif de bénévoles qui œuvrent dans de nombreux groupes communautaires, organismes, associations et programmes. Les résidents ont tendance à être engagés dans des activités communautaires; pourtant, de nombreuses personnes ont indiqué qu'il coûtait cher d'être bénévole (p. ex. les frais de transport, etc.), et que le bénévolat était devenu une solution permanent au manque de financement.

En outre, une association locale a coordonné un programme pour les personnes âgées qui a offert des services de loisirs, sociaux, éducatifs et d'aide à domicile (p. ex. consultation juridique, transports, visites amicales) pendant 25 ans. Deux centres, se composant de 10 employés membres et de 250 bénévoles coordonnent et dispensent actuellement des services. Ce programme d'entraide est un modèle exemplaire pour les groupes de personnes âgées des autres collectivités de l'Ontario.

Les inquiétudes des résidents concernant la pollution dans leur ville n'étaient pas uniques. Pourtant, leur niveau de connaissance en ce qui a trait à cette question et le nombre de groupes communautaires s'efforçant de résoudre le problème de la pollution étaient surprenants. Les gens étaient indubitablement soucieux de la qualité de l'air et de l'eau, ainsi que de l'entreposage des produits chimiques. Ils ont discuté librement des effets de la pollution sur la santé et de leur manque de confiance concernant les informations qu'ils reçoivent sur le sujet.

Les questions d'ordre écologiques étaient liées à un autre aspect unique en son genre de Windsor, à savoir la frontière internationale. Les gens croient que la pollution importante au sein de leur collectivité était attribuable à la proximité des États-Unis. Ils ont aussi indiqué que le taux d'échange avait amené un alcoolisme et une prostitution accrus dans leur collectivité.

De plus, l'âge limite pour la consommation d'alcool aux États-Unis est 21 ans et de nombreux adolescents américains viennent à Windsor pour boire, vu que l'âge limite n'est que de 19 ans. Plusieurs résidents ont aussi déclaré que leur situation géographique était aussi la cause d'un accroissement du taux de l'usage abusif de drogues.

Le processus de dialogue communautaire a également révélé des gens enthousiastes et dévoués engagés dans des activité de promotion de la santé. Les nombreux bénévoles à Windsor, qui œuvrent dans le cadre de programmes communautaires et aident une foule de personnes à vivre des vies épanouies, étaient d'un secours précieux. De plus, le Centre pour personnes âgées du Grand Windsor était très organisé et sous la direction d'un coordonnateur dynamique dont l'enthousiasme «habilita» les personnes âgées à s'engager à s'aider eux-mêmes, ainsi que les autres.

QUESTIONS SOULEVÉES AUX RÉUNIONS PRÉLIMINAIRES

Quatorze réunions ont été tenues à Windsor avec des groupes communautaires et des individus, du 25 au 27 mars 1987. Les questions clés suivantes ont été soulevées au cours de la majorité des réunions.

Pollution

De nombreuses personnes ont soulevé des questions concernant la qualité de l'air qu'ils respirent et de l'eau qu'ils boivent. Les gens ont indiqué que leur localité se situait sous le souffle des échappements provenant de Détroit. Ils étaient également inquiets des échappements provenant des industries locales. Un grand nombre de résidents ont perçu qu'il y avait une hausse du taux d'avortement, possiblement attribuable à la pollution. Ils étaient aussi inquiets en ce qui a trait à l'entreposage des produits chimiques. Un récent incendie dans une usine de peintures a rendu les gens plus conscients des effets dangeureux imputables aux sinistres chimiques et au fait de travailler avec des produits. Plusieurs résidents ont également mentionné l'utilisation de pesticides et d'insecticides. En général, les gens ont indiqué leur manque de satisfaction avec la qualité de l'information qu'ils recevaient du bureau local du ministère de l'Environnement.

Accessibilité

Plusieurs résidents étaient inquiets de la qualité des soins que les hôpitaux locaux leur dispensaient. Ils ont indiqué que les lits pour malades aigus étaient bloqués par les malades chroniques, et que les hôpitaux avaient besoin de financement pour le personnel et le matériel. Les gens ont fait remarquer qu'il était difficile d'attirer des spécialistes, car ces derniers désiraient travailler dans des hôpitaux d'enseignement. Ils ont également indiqué qu'il y avait une période d'attente de deux à trois semaines avant de passer une tomographie axiale. De plus, ils pensent qu'un centre de soins pour les traumatisés est nécessaire.

Santé mentale

Les gens ont indiqué qu'il y avait un manque de services de santé mentale communautaire dans la région. Ils étaient inquiets des patients qui ne pouvaient pas être classés aptes aux programmes actuels. Ils pensent qu'il y a des manques sur le plan du logement à la disposition des patients psychiatriques, des programmes de réintégration professionnelle et des programmes offerts dans les écoles. Les maisons d'hébergement étaient souvent sous-financées et manquaient de personnel, cause de situations de crise. D'après les gens, il y avait un besoin de divers niveaux d'hébergement pour les patients psychiatriques. Les gens ont indiqué que les programmes de soirées n'étaient pas actuellement offerts aux anciens patients psychiatriques, et qu'il y avait un manque de programmes psyco-gériatriques.

Promotion de la santé et sensibilisation du public

Plusieurs résidents ont indiqué qu'une meilleure planification et coordination entre les organismes et les ministères étaient nécessaires, si l'on voulait accroître les activités sur le plan de la promotion de la santé à Windsor. Les gens ont soulevé des questions concernant le manque de programmes pour les personnes ayant des besoins spéciaux, tels que les handicapés. D'après eux, pour atteindre ces gens, il faudrait les engager dans l'élaboration des programmes. De plus, les résidents ont mentionné que la disponibilité des installations et des activités de loisirs variait à différents endroits de la ville. Ils ont souvent mentionné qu'il y avait besoin de plus de programmes de prévention et de sensibilisation concernant le SIDA. Dans l'ensemble, ils ont exprimé le besoin d'un nombre accru de programmes de prévention visant à maintenir les gens en bonne santé.

Les autres questions, soulevées moins fréquemment au cours des réunions préliminaires, figurent dans l'Annexe G.

QUESTIONNAIRE

Des étudiants de Windsor ont déclaré ce qui suit :

Quelle est la chose la plus importante au sein de votre collectivité qui améliore votre santé?	Sports/loisirs
Quelle est la chose la plus importante au sein de votre collectivité qui nuit à votre santé?	Air/eau
Que faites-vous pour être en bonne santé?	Exercices
Qu'est-ce qui fait que votre collectivité est un endroit où il fait bon vivre?	Gens
Quel(s) groupe(s) ou organisme(s) communautaire(s) fait(font) le plus pour améliorer la santé de votre collectivité?	Centres communautaires/ de loisirs
Qui (qu'elle) est votre source d'informations la plus importante en matière de santé?	Personnel médical

QUESTIONS SOULEVÉES À LA TRIBUNE

La tribune communautaire de Windsor, à laquelle ont assisté quelque 150 personnes, a eu lieu le 19 mai 1987. La discussion publique a révélé les questions suivantes par ordre de fréquence d'apparition dans le cadre de la discussion.

Pollution

De nombreuses personnes ont soulevé des questions relatives à la pollution des eaux dans la région. Ils pensent qu'elle est susceptible d'être liée à un certain nombre de malformations congénitales, naissances prématurées et mortinatalités dans la région. De plus, selon eux, une évaluation visant à fournir les données était nécessaire pour que les gens soient en mesure de prendre les mesures qui s'imposent. Un résident a fait remarquer qu'une étude américaine a signalé que le plomb contenu dans les tuyaux d'alimentation d'eau constituait un risque pour la santé, et que rien n'était fait pour enlever ces tuyaux dans les constructions plus anciennes en Ontario. Plusieurs personnes ont fait remarquer que les normes régissant la teneur en chlore sont environ 12 fois supérieures aux niveaux permis en Europe. Selon les gens, le réseau hydrographique est contaminé par des produits chimiques et des pesticides inadéquatement jetés.

Lieu de travail

Plusieurs résidents ont indiqué qu'ils étaient inquiets des dangers et des accidents sur le lieu de travail. Ils ont perçu le besoin de cliniques de santé professionnelle, et ont indiqué qu'un plus grand nombre de programmes de recyclage pour les travailleurs blessés étaient nécessaires. De nombreuses personnes ont mentionné que souvent les employés étaient conscients des dangers au lieu de travail, mais craignaient d'en discuter par peur de mesures disciplinaires. Elles ont fait remarquer que les médecins devaient rapporter aux autorités compétentes, tous cas de maladies et de blessures liés aux dangers sur les lieux de travail.

Femmes

Les gens ont fait remarquer que la violence domestique était une question de santé et que le ministère de la Santé semblait appréhensif à faire face aux questions touchant la promotion de la santé. La représentante d'un foyer pour femmes battues a indiqué que la famille était l'organisation la plus susceptible à la violence dans la société. Les gens ont soulevé des questions concernant les femmes enceintes victimes de violence. Ils pensent que les hôpitaux avaient un rôle important à jouer dans le dépistage des victimes de la violence, ainsi que dans l'évaluation et la compréhension de leurs besoins.

Accessibilité

Plusieurs personnes ont soulevé des questions concernant la dérégularisation de la naturopathie. Elles aimeraient que les citoyens de l'Ontario aient la liberté de choisir parmi diverses thérapies en option.

D'autres questions, soulevées une fois au cours de la tribune communautaire, figurent dans l'Annexe G.

ANNEXE A

GROUPE CONSULTATIF DU MINISTRE SUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Mandat

Relation — Consultative au ministre

Rôle — Dans le cadre de la portée, des principes et des priorités définis par le ministre et avec une attention toute particulière portée aux mesures menant à une démarche rationnalisée et coordonnée sur le plan de la promotion de la santé, de :

1) conseiller des méthodes visant à assurer une coordination efficace entre les organismes, programmes et services gouvernementaux et non gouvernementaux qui s'occupent de promotion de la santé, ou en ont le potentiel;

2) effectuer des recommandations sur des démarches efficaces de projets et de promotion de la santé, soit par le biais de nouvelles initiatives, soit par modification des activités actuelles;

3) établir une liaison avec les groupes clés du secteur privé afin de relever les débouchés sur le plan d'une action commune; et

4) entreprendre toutes autres tâches, telles que le ministre est susceptible de les désigner de temps en temps.

Liste des membres du Groupe

Steve Podborski, Président, champion du monde de ski et défenseur de la santé, Officier de l'Ordre du Canada.

Andrew Pipe, Vice-président, Associé clinique à l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa et membre du Département de médecine familiale à l'Hôpital Civique d'Ottawa. Directeur de l'Académie canadienne de médecine sportive, a servi comme médecin des équipes nationales de basketball et de ski alpin chez les hommes.

Norman Panzica, Conseiller en chef au Conseil sur l'abus des drogues et conseiller pour l'Ontario Association of Chiefs of Police et Chef du service de santé du ministère fédéral de la Défense nationale.

Nancy Shosenberg, Infirmière diplômée avec études de spécialisation en sciences de la santé, actuellement professeur en sciences de la santé au Durham College. Mad. Shosenberg est également membre du Conseil régional de santé de Durham.

Stuart Robbins, Professeur associé à l'Université York, ancien doyen associé de la Faculté d'éducation physique et président du Département d'éducation physique et d'athlétisme. Entraîneur national de soccer et de plongeon.

Marilyn Knox, Nutritioniste, vice-présidente (Relations commerciales) de Grocery Products Manufacturers of Canada, ancienne présidente de l'Association des diététistes de l'Ontario et membre du Conseil consultatif scientifique, Institut national de la nutrition.

Maurice Jette, Professeur à l'Université d'Ottawa, Faculté des sciences de la santé et directeur du programme communautaire de prévention et de réadaptation cardiaques à l'Institut de cardiologie, Hôpital Civique d'Ottawa.

* Sally Barnes et Sean Marrin ont été à l'origine nommés au Groupe; toutefois, ils démissionnèrent au début de 1985.

ANNEXE B

CADRE DE TRAVAIL CONCEPTUEL POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Sommaire

Selon le Groupe consultatif du ministre sur la promotion de la santé et suite à une discussion et une consultation approfondies, il faut reconnaître que :

1. Le point central actuel de notre système de santé, orienté vers le traitement des maladies en accroissant l'usage d'une technologie médicale coûteuse, ne rehaussera pas de façon notable la santé des Ontariens.

2. L'Ontario, comme les autres sociétés industrialisées, est entré dans une ère post-médicale au sein de laquelle le bien-être de ses citoyens est surtout compromis par des maladies non infectueuses, produits de la société. Rehausser la santé ne sera plus autant une question de diagnostic et de traitement des maladies, ni de remèdes aux invalidités, mais beaucoup plus une question d'efforts non médicaux visant à améliorer la vie sociale et économique. L'action politique peut s'avérer le développement «médical» le plus important dans les années à venir.

3. La santé se trouve prodondément influencée par la susceptibilité génétique, l'environnement, les conditions sociales, le mode de vie et la médication ou la chirurgie excessive ou (et) inutile. Ce n'est que dans la mesure où les gens ont les connaissances, l'occasion et la volonté de s'y appliquer que l'on peut envisager un mode de vie sain, tout aussi important qu'il soit. C'est là précisément que la promotion de la santé doit représenter une stratégie médiatrice entre les gens et leurs environnements, alliant le choix personnel à la responsabilité sociale en vue de créer un avenir plus sain. C'est un processus permettant aux gens d'accroître leur contrôle sur leur santé et de l'améliorer.

4. La promotion de la santé devrait se concentrer de façon à porter une action sur les éléments déterminants ou les causes de la santé, plutôt que sur la maladie. Elle devrait englober la population entière et non seulement les professionnels de la santé, combiner des méthodes et des démarches différentes, mais complémentaires, et viser une participation efficace et concrète du public.

5. Le système de santé de l'Ontario doit évoluer de sa voie médicale et de son approche biochimique afin d'adopter une approche écologique. Cette approche serait la culture polyvalente de la santé qui accorderait une priorité accrue à la santé et aux politiques publiques destinées à promouvoir un environnement physique et social sain , ainsi que la croissance de la confiance en soi, de l'entraide et de la tendance à la sympathie.

6. L'élaboration des politiques, dans ses secteurs de priorité, doit s'attacher à :

   a) clarifier le concept et la signification de la promotion de la santé et ce, à tous les niveaux de planification du ministère,

   b) exprimer l'engagement politique envers les programmes touchant la promotion de la santé et ce, grâce à des points focaux à chaque niveau de planification,

   c) étudier

      i) les indices de la santé et leur répartition dans la province,

      ii) le coût économique de la maladie et de l'invalidité,

      iii) Les connaissances, compétences et habitudes en matière de santé de la population,

      iv) les questions d'ordre environnemental qui conditionnent les choix particuliers,

      v) les méthodes visant à prévoir un environnement physiquement et psychologiquement sain, ainsi que les politiques actuelles au sein du gouvernement et dans d'autres secteurs,

   d) engager des ressources financières dans des programmes bien en place ayant une composante d'évaluation,

e) appuyer la recherche qui est essentielle à l'élaboration et l'évaluation des politiques relatives à la promotion de la santé, et

f) évaluer les répercussions qu'a sur la santé, l'éventail de programmes et politiques, contraintes et avantages économiques, acceptation culturelle et sociale et viabilité politique des différentes options.

INTRODUCTION

Le très honorable Marc Lalonde, dans son rapport de 1974, intitulé «Une nouvelle perspective sur la santé des Canadiens» [1] a marqué le début d'une nouvelle ère en matière de promotion de la santé et de prévention de la maladie. Ce document, considéré comme étant «une des plus grandes œuvres du mouvement moderne de la santé publique» [2], reconnaît sans équivoque que pour apporter de futures améliorations au niveau de santé des Canadiens, il faudra surtout améliorer l'environnement, modérer les risques auto-imposés et élargir nos connaissances de la biologie humaine.

Le présent rapport, bien qu'il ait été critiqué pour la faiblesse de ses recommandations visant à améliorer l'environnement et pour l'importance exagérée qu'il accorde aux risques auto-imposés, a néanmoins créé une nouvelle perspective de la santé, plutôt que d'emprunter la démarche médicale classique. Essentiellement, vu que le point focal actuel de notre système de santé est dirigé vers le traitement de la maladie actuelle par le biais d'un usage accru d'une technologie médicale coûteuse, on ne peut plus en dépendre pour rehausser appréciablement la santé des Canadiens.

Au début du siècle, l'infection étaient la cause de la plupart des maladies et décès prématurés. La première «révolution épidémiologique» a réussi à contrôler ces maladies. Les mesures pour combattre la surpopulation, la disposition d'eau propre, la règlementation de l'élimination des déchets et les programmes d'immunisation ont directement influencé les améliorations apportées sur le plan de la santé personnelle et communautaire à ce moment là.

Les nations industrialisées sont maintenant entré dans une ère post-médicale au sein de laquelle le bien-être de leurs citoyens est surtout compromis par des maladies non infectieuses, produits de la société. En Ontario, les maladies du cœur, le cancer, l'apoplexie cérébrale, les maladies pulmonaires obstructives chroniques et les accidents constituent les causes principales de mortalité [3]. Le cancer, l'ischémie coronnarienne et les accidents de la route sont la cause du plus grand nombre d'années potentielles de vie perdues[4]. Les modèles de modes de vie, renforcés par les pratiques et les attitudes prédominant au sein de la collectivité, constituent des facteurs sous-jacents dans chacune des cinq causes principales de décès se produisant entre les âges de un et soixante-dix ans.

Ainsi donc, tel que le déclare le groupe de travail de l'O.M.S. [5], «Dans le cadre de la promotion d'une vie socialement et économiquement productive, les efforts de diagnostic et de traitement de la maladie, ainsi que de remède aux invalidités ne seraient que marginalement importants comparativement aux efforts non médicaux visant à améliorer la vie sociale et économique.» [Traduction]

Dans sa lutte contre ces maladies, la médecine a, jusqu'à maintenant, adopté une approche traditionnelle et nécessaire sur le plan du traitement thérapeutique - médication, chirurgie, etc. Notre société a accepté le lourd fardeau de l'intervention médicale impliquée dans le traitement de maladies qui sont pratiquement irréversibles. Cependant, ce n'est pas avec autant d'enthousiasme qu'elle est prête à payer pour la promotion de la santé et la prévention de la maladie. La promotion de la santé et la prévention de la maladie ne dépendront plus autant des techniques médicales, mais plutôt des considération politiques et économiques [6].

LA NATURE DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Outre la susceptibilité génétique, certains facteurs interdépendants affectent profondément le cycle maladie-santé, notamment les suivants : l'environnement (qualité de l'eau que l'on boit, de l'air que l'on respire et les aliments que l'on consomme); les conditions sociales (pauvreté, travail dépersonnalisant et tension, dangers de situations, violence, rupture familiale, chômage, solitude et manque de commodités essentielles), et la médication et la chirurgie excessives ou (et) inutiles. Les modes de vie dans le cadre desquels on retrouve le tabac, l'abus de l'alcool, la mauvaise nutrition, le manque d'exercice, l'obésité et l'abus de drogues, exercent une influence puissante sur l'état de santé de la personne. D'autre part, ce n'est que dans la mesure où les gens ont les connaissances, l'occasion et la volonté de s'y appliquer que l'on peut envisager un mode de vie sain, outre les nécessités fondamentales de la vie.[7].

Ainsi donc, et tel que le souligne le groupe de travail de l'O.M.S. sur le concept et les principes de promotion de la santé [8] «La promotion de la santé en est arrivé à représenter un concept unifiant pour ceux qui reconnaissent le besoin de changement dans les conditions de vie et les façons de vivre, en vue de promouvoir la santé. La promotion de la santé représente une stratégie médiatrice entre les gens et leurs environnements, synthétisant le choix personnel et la responsabilité sociale en matière de santé pour créer un avenir plus sain..» [Traduction]

La promotion de la santé, telle qu'adoptée par le Groupe consultatif du ministre est perçue comme étant le processus habilitant les gens à avoir un contrôle accru sur leur santé, et de l'améliorer [9]. Cependant, cette déclaration n'est pas destinée à limiter la responsabilité de l'individu envers l'amélioration de la santé. Le concept du mode de vie ne peut pas être utilisé comme explication générale où la victime est toujours blâmée. La collectivité entière de la santé a la claire obligation d'intervenir sur le plan des conditions environnementales et sociales qui affectent le bien-être de ses citoyens. Elle doit également prendre l'initiative en exerçant son influence, tant philosophiquement qu'économiquement, pour restructrurer le système de santé afin de veiller à ce que les changements soient mis en œuvre.

Le Groupe consultatif du ministre adhère en outre aux principes suivants en matière de promotion de la santé, adaptés à partir de l'O.M.S.[8] :

1. Information - La promotion de la santé implique la population dans son entier dans le cadre de sa vie quotidienne. Elle permet aux gens de gagner le contrôle sur leur santé, ainsi que d'en assumer la responsabilité dans le cadre quotidien de la vie, grâce à une action à la fois spontanée et organisée sur le plan de la santé. Cela exige un accès total et permanent à l'information relative à la santé et savoir comment la population s'y intéressera, en utilisant tous les moyens de dissémination disponibles.

2. Collaboration - La promotion de la santé s'attache à agir sur les éléments déterminants ou les causes de la santé. Elle exige par conséquent une collaboration étroite des secteurs au-delà des services de santé, reflètant les diverses conditions qui influencent la santé. Les gouvernements, tant aux niveaux municipal, régional, provincial que national, ont la responsabilité unique d'agir comme il convient et de façon opportune afin de veiller à ce que l'environnement total, qui est au-delà du contrôle des individus et des groupes, soit favorable à la santé.

3. Approches - La promotion de la santé allie des méthodes ou approches différentes, mais complémentaires, notamment les communications, l'éducation, la législation, les mesures fiscales, les changements organisationnels, le développement communautaire (y compris la formation professionnelle du personnel des services de santé et sociaux) et les activités locales spontanées de lutte contre les dangers menaçant la santé.

4. Aptitudes à la vie quotidienne - La promotion de la santé vise tout particulièrement la participation efficace et concrète du public. Cette orientation exige le développement d'aptitudes à la vie quotidienne afin de prendre des décisions et de résoudre des problèmes, tant individuellement que collectivement.

5. Éducation/défense - Si d'une part, la promotion de la santé est, à la base, une activité des secteurs de la santé et sociaux, d'autre part, les professionnels de la santé, surtout ceux des soins primaires, ont un rôle important à jouer au niveau de l'élaboration et de la mise en œuvre de la promotion de la santé. Les professionnels de la santé devraient œuvrer afin de développer leurs apports sur le plan de l'éducation et de la défense de la santé.

6. Qualité de la vie - C'est peut-être en termes de coûts/avantages (strictement en termes d'argent) que la prévention ne réduira pas nécessairement les dépenses médicales. En termes de rentabilité, cependant, une évaluation en années de vie gagnées dues à la prévention serait plus utile, car elle tient compte des améliorations sur le plan de la santé. La raison la plus importante d'investir dans la prévention n'est peut-être pas de réduire le fardeau des dépenses médicales, mais de produire des vies plus longues et plus saines. De fait, plusieurs études ont démontré qu'une meilleure santé est susceptible d'engendrer moins de dépenses d'institutionnalisation et d'éducation spéciale, outre un apport économique accru, vu que les gens vivent plus longtemps et font preuve de moins d'absentéisme [10].

SCÉNARIOS POUR LA SANTÉ

Selon le Groupe, l'Ontario éprouve de la difficulté à passer d'une approche biomédicale au traitement actuel de la maladie, à une approche qui se concentre sur la création de la santé. Divers scénarios, étudiés par d'autres [11] [12], proposent les voies possibles que notre société pourrait emprunter. Le premier de ces scénarios reconnaît la probabilité de continuer avec la voie curative actuelle et dans celui-ci, les gens consomment les services de maladie parmi les débats sur le coût des soins. Une deuxième voie capitaliserait sur les progrès de la technologie; il y aurait l'acceptation d'un vaste écart de connaissances entre les experts et les consommateurs; en outre, une gamme croissante de questions sociales et relatives à la santé deviendrait sujette à l'intervention médicale. Un troisième scénario, écologique, accorderait une importance particulière à la culture polyvalente de la santé avec une priorité plus élevée donnée à la santé publique, aux politiques qui promouvoient un environnement physique et social sain,

et à un essor sur le plan de l'indépendance, de l'entraide et de la croissance. Ces scénarios reflètent des tendances puissantes, mais opposées, et sont caratérisés par une série de conséquences importantes en cas de mise en œuvre ou de continuité. Le Groupe appuie un changement, du premier et deuxième scénario probables, au troisième scénario qui est plus désirable et dans le cadre duquel seraient créées des conditions environnementales favorables à la santé et seraient dispensés des services de soins aux malade.

PRIORIÉTÉS SUR LE PLAN DU DÉVELOPPEMENT DES POLITIQUES EN MATIÈRE DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Le Groupe consultatif adopte les priorités suivantes, adaptées de l'O.M.S., dans le cadre du développement des politiques en matière de promotion de la santé :

1. Le concept et la signification de la promotion de la santé, tels qu'ils s'appliquent au ministère de la Santé de l'Ontario, doivent être clarifiés à tous les niveaux de planification, en insistant sur les dangers sociaux, économiques, écologiques et environnementaux, outre une perspective physique et mentale sur la santé. L'élaboration des politiques en matière de promotion de la santé peur être réévaluée et intégrée avec les politiques de d'autres secteurs, tels que les soins primaires, l'environnement, le travail, ainsi que les services de logement et sociaux.

2. L'engagement politique envers la promotion de la santé est susceptible d'être exprimé par des points focaux de promotion de la santé à tous les niveaux, municipal, régional, provincial et national. Les gouvernements devraient assurer à la fois leadership et imputabilité, de façon à ce que lorsque que les mesures d'action sont entendues, le progrès se poursuive. Un financement adéquat et un personnel suffisamment compétent seront essentiels pour permettre l'élaboration de programmes systématiques à long terme de promotion de la santé.

   L'engagement de ressourses financières dans des programmes bien en place comportant une composante d'évaluation est préférable . Face aux ressources restreintes et au fait reconnu que les actions politiques peuvent constituer les développements «médicaux» les plus importants dans les années à venir. La volonté politique devrait se développer, de concert à une compréhension nouvelle, pour permettre la gestion adéquate de ces facteurs environnementaux.

3. Dans le cadre de l'élaboration des politiques relatives à la promotion de la santé, une consultation, un dialogue et un échange sur une base permanente, entre individus et groupes, tant professionnels que profanes, est nécessaire. Des mécanismes de politiques doivent être établis, afin d'ouvrir les possibilités d'expression et de développement des intérêts publics sur le plan de la santé.

4. Dans le cadre de la recherche des secteurs de priorité pour l'élaboration des politiques, un étude devrait être menée portant sur :

   - les indices de santé et leur répartition dans la province
   - le coût économique de la maladies et de l'invalidité
   - les connaissances, compétences et pratiques médicales actuelles de la population
   - les questions d'ordre environnemental pour former les choix de l'individu
   - les méthodes prévoyant un environnement physiquement et psychologiquement sain
   - les politiques actuelles au sein du gouvernement et des autres secteurs.

   En outre, une évaluation devrait être faite de(s) :

   - l'impact attendu sur la santé des différents programmes et politiques
   - contraintes et les avantages économiques et sociaux
   - la viabilité politique des différentes options.

   On demande constamment aux défenseurs des programmes préventifs de fournir la preuve du rapport coût/avantages de leurs propositions. De telles demandes sont-elles faites auprès de ceux qui cherchent à appliquer de solutions relevant de la haute technologie, à agrandir des établissements ou à introduire de nouvelles modalités de traitement pour essayer de contrôler des maladies inguérissables, mais évitables?

5. Le soutien à la recherche est essentiel dans le cadre de l'élaboration et de l'évaluation des politiques relatives à la promotion de la santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Lalonde,M.,Une nouvelle perspective sur la santé des Canadiens. Document de travail. Santé et Bien-être Canada, Ottawa, Canada, avril 1974.

2. Terris, M.,New Perspectives on the Health of Canadians; Beyond the Lalonde Report. Journal of Public Health Policy, 5: 327-337, 1984.

3. Jette, M., Health Indicators, Province of Ontario. Implementation Group on Health Promotion and Disease Prevention, Office de la promotion de la santé, ministère de la Santé, Province de l'Ontario, décembre 1985.

4. Smith, M.H., Potential Years of Life Lost. Chronic Diseases in Canada. 3: 59, 1982.

5. Les modes de vie et leur impact sur la santé. Discussions techniques, O.M.S., Bureau régional pour l'Europe, Madrid 20-24 septembre 1983.

6. Reville, Ph. Le sport pour tous. Activité physique et prévention de la maladie. Conseil pour la coopération culturelle, Conseil d'Europe, Strasbourg 19970.

7. Buck, C., Beyond Lalonde - Creating Health. Canadian Journal of Public Health, 76: 23 24 (suppl. 1), 1985.

8. Promotion de la santé. Un document de discussion du concept et des principes. Rapport récapitulatif du Groupe de travail de l'O.M.S. sur les concepts et principes de la promotion de la santé, Copenhague, 9-13, 1984.

9. Débats de la retraite du Groupe de mise en œuvre, Millcroft Inn, 24-25 mars 1985.

10. Russel, L.B., The Economics of Prevention. Health Policy, 4: 85-100, 1984.

11. Robertson, J. Person, Society and Planet: The Changing Context of Health. Canadian Journal of Public Health, 76: 12-18 (suppl.1), 1985.

12. Paradigm Health, Health Strategy for Ontario: A positive Vision of Health, Toronto, 1983.

ANNEXE C

GROUPES ET INDIVIDUS AYANT RENCONTRÉ LE GROUPE CONSULTATIF, DEPUIS SA NOMINATION *

Participants à la séance d'études spéciale : les 12 et 13 janvier 1986

Dr Niall Byrne
Division des études en éducation médicale
Université de Toronto

Dr Peter Cole
Président
Association de la santé publique de l'Ontario

Mad. Martha Cole
Division de la santé personnelle et familiale
Association de la santé publique de l'Ontario

M. Floyd Dale
Directeur principal
Conseil régional de santé de Cochrane

Mad. Peg Folsom
Division de la promotion de la santé
Association de la santé publique de l'Ontario

M. Darwin Kealey
Sous-ministre adjoint
Santé communautaire et publique

Dr Les Lee
Président
Association des bureaux de santé de l'Ontario

---

* À l'exclusion de ceux rencontrés dans le cadre du Projet de dialogue communautaire (voir Annexe D)

Bureau du ministre de la Santé

Mad. Sheryl Mitchell
Directrice, Promotion de la santé
Hôpital général North York

Bureau de la promotion de la santé

Mad. Fran Perkins
Ancienne présidente
Association de la santé publique de l'Ontario

Dr Gail Siler Wells

Dr Robert Spasoff
Département d'épidémiologie et de médecine communautaire
Université d'Otttawa

M. R.M. Watts
Animateur

Conférences

Conférence Action Centre, octobre 1985

Conférence annuelle de l'Association de la santé publique de l'Ontario, octobre 1985

Conférence annuelle d'Ontario Hospital Auxiliary, décembre 1985

Conférence d'invitation sur les objectifs de l'Ontario en matière de santé, avril 1987

Troisième Congrès sur la prévention, mai 1987

Autres individus

Mme Madeleine Blanchet
Présidente
Conseil des affaires sociales et de la famille, Québec

Dr Randy Coates
Association canadienne da la santé publique

Dr A.S. MacPherson
Médecin hygiéniste
Ville de Toronto

Dr David Walters
Département de médecine préventive et de biostatistiques
Université de Toronto

Associations et groupes

Direction des communications, ministère de la Santé
Bureau de santé communautaire de Dalhousie, Ottawa
Écoles secondaires des comtés de Bruce et Grey
Lifeskills, Ottawa
Conseil régional de santé de Manitoulin-Sudbury
Conseil régional de santé de Toronto métropolitain
Mothers Against Drunk Driving
Le Conseil consultatif de l'Ontario sur la condition féminine
Association des éducateurs/promoteurs de la santé de l'Ontario
Groupe d'étude sur le système de santé de l'Ontario
Ontario Occupational Health Nurses Association
Ontario Prevention Clearinghouse
Ontario Society for Nutrition in Public Health
Groupe d'experts sur les objectifs en matière de santé en Ontario
Bureau de santé communautaire de Parkdale, Toronto
Peterborough Dental Hygienists Association
Département des services publics de Scarborough
Société des médecins hygiénistes de l'Ontario

ANNEXE D

NOS INTERLOCUTEURS DANS CHAQUE COLLECTIVITÉ

BARRIE

- Allandale Seniors
- Détachement de Barrie, Police provinciale de l'Ontario
- Association des Grands Frères
- Services familiaux catholiques
- Conseil régional de santé du comté de Simcoe
- Centre de désintoxication
- Coolège Georgian
- Golden Opportunities (Association pour handicapés)
- Club Maycourt de Barrie
- Maire de Barrie
- Association de la santé mentale
- Santé mentale, Barrie
- Ministère du Logement
- Brasserie Molson
- Service de lka planification, Conseil municipal
- Bureau régional de santé du comté de Simcoe
- Centre de qualité de la santé

CORNWALL

- Conseil multiculturel de Cornwall et de la région
- Conseil inter-organismes de Cornwall sur le tabagisme et la santé
- CIL Incorporated, Travailleurs des produits chimiques industriels
- Réseau de femmes de Cornwall
- Conseil régional de santé de l'Est de l'Ontario
- Bureau de santé de l'Est de l'Ontario
- Comité de contrôle de l'environnement
- Maire de la Ville de Cornwall
- Ministère de l'Environnement
- Conseil des Mohawks de Akwesasne

- Parcs et loisirs, Ville de Cornwall
- Chef de police, Forces de police de Cornwall
- Résidents, complexe d'habitations pour personnes âgées (24 rue Augustus)
- Collège St.Laurent

DRYDEN

- Commission d'athlétisme et de loisirs de Dryden
- Dryden Handicapped Association
- Centre d'amitié des Autochtones de Dryden
- École secondaire de Dryden
- Services de consultation communautaire
- Club des Go-Getters
- Great Lakes Pulp and Paper
- Maire de Dryden
- Service de repas à domicile
- Ministère de la Citoyenneté et de la Culture
- Bureau régional de santé du Nord-ouest de l'Ontario
- Club Rotary de Dryden
- Bureau des services bénévoles

HAMILTON

- Conseil régional des femmes de Hamilton
- Conseil régional du travail de Hamilton
- Conseil régional multiculturel de Hamilton
- Conseil régional de santé de Hamilton-Wentworth
- Bureau régional de santé de Hamilton-Wentworth
- Centre d'amitié des autochtones de la région de Hamilton
- Centre Main-Hess pour personnes âgées
- Direction des services sociaux de la municipalité régionale de Hamilton-Wentworth
- Conseil des étudiants, Collège Mohawk

OTTAWA

- Alderman, quartier de Dalhousie
- *Association canadienne de la santé mentale*
- Bureau de santé communautaire de Dalhousie
- Family and Patient Communication Centre for Ottawa Incorporated
- Bureau des services familiaux d'Ottawa-Carlton
- Organisation des services pour les immigrants d'Ottawa-Carlton
- Services de soutien pour les personnes à faible revenu d'Ottawa-Carlton
- Bureau régional de santé d'Ottawa-Carlton
- Conseil régional du travail d'Ottawa
- Église Anglicane St Lukes

PETROLIA

- Federation of Agriculture of Lambton
- Global Ashpalt
- Lambton Central Collegiate
- Bureau régional de santé du comté de Lambton
- Lambton Elderly Outreach
- Centre régional d'enrichissement familial de Petrolia
- Services communautaires de Petrolia
- Service des Parcs et loisirs de Petrolia
- Chef de police de Petrolia, Petrolia, Police provinciale de l'Ontario

SAULT-SAINTE-MARIE

- Conseil régional de santé d'Algoma
- Bureau régional de santé d'Algoma
- Centre d'information communautaire et Bureau des bénévoles, CentreAide
- Folks Arts Association of Sault Ste. Marie
- Bureau de santé des groupes
- Centre d'amitié des autochtones de Sault-Sainte-Marie
- Sault Ste. Marie Women for Women

- o Centre d'accueil pour les personnes âgées (619, rue Bay)
- o Conseil des étudiants, Collège universitaire d'Algoma
- o United Steel Workers of America (Local 2251)

TIMMINS

- o Association canadienne française de l'Ontario
- o Conseil régional de santé de Cochrane (Comité de direction des soins à long terme)
- o Kidd Creek Mines
- o Lifline
- o Collège Northern
- o Bureau de santé de Porcupine
- o Association régionale éthnique de Timmins
- o Timmins Volonteer Centre Incorporated
- o Centre de loisirs pour personnes âgées de Timins
- o Groupe de santé pour les femmes de Timmins

WINDSOR

- o Greater Windsor Senior Citizen's Centres Association
- o Ministère de l'Environnement
- o Centre d'amitié des autochtones canado-américains de Winsdsor
- o CentrAide du comté de Windsor-Essex
- o Bureau de la santé publique du comté de Windsor-Essex
- o Association canadienne de la santé mentale
- o Collège St. Clair
- o Centre d'encouragement pour les femmes
- o Chambre de commerce
- o Comité consultatif du maire
- o Conseil régional de santé du comté de Essex
- o Conseil régional du travail de Windsor
- o Conseil multiculturel de Windsor-Essex
- o Commission d'Emploi et Immigration Canada

ANNEXE E

QUESTIONNAIRE

Date :_____ Réservé à l'usage du bureau :_____

Veuillez répondre aux question suivantes. Elles ne demandent pas beaucoup de réflexion et vous pouvez indiquer plus d'une réponse. Il ni a aucune bonne ou mauvaise réponse. Si vous avez besoin d'espace supplémentaire, veuillez écrire au verso de la feuille.

1. Quelle est la chose la plus importante au sein de votre collectivité qui :
   A. améliore votre santé?

   B. nuit votre santé

2. Que faites-vous pour être en bonne santé?

3. Qu'est-ce qui fait que votre collectivité est un endroit où il fait bon vivre?

4. Quel(s) groupe(s) ou organisme(s)communautaire(s) fait (font)le plus pour améliorer la santé de votre collectivité?

5. Qui (qu'elle) est votre source d'informations la plus importante en matière de santé?

Veuillez indiquer la bonne réponse en inscrivant un «X» dans l'espace blanc prévu à cet effet.

6. Sexe
   1. _____Homme
   2. _____Femme

7. Quel était votre âge à votre dernier anniversaire?
   1. _____15 à 24 ans
   2. _____25 `a 44 ans
   3. _____45 à 64 ans
   4. _____65 ans ou plus

8. Quelle est votre situation familiale actuelle?
   1. _____marié(e) (y compris en Common Law)
   2. _____célibataire/jamais marrié(e)
   3. _____séparé(e)
   4. _____divorcé(e)
   5. _____veuf(ve)

9. Combien d'enfants avez-vous?
   1. _____1 à 3
   2. _____4 ou plus
   3. _____sans importance

10. Quel est le plus haut niveau d'éducation que vous avez atteint?
    1. _____aucun niveau scolaire
    2. _____école élémentaire
    3. _____partie de l'école secondaire (y compris secondaire 1er cycle)
    4. _____Diplôme de l'école secondaire
    5. _____études post-secondaires, diplôme, certificat
    6. _____études post-universitaires ou diplôme professionnel
    7. _____autre éducation ou formation

---

11. Travaillez-vous actuellement pour un salaire, soit à plein temps ou à temps partiel?
    1. _____employée(e) à plein temps
    2. _____employé(e) à temps partiel
    3. _____sans emploi actuellement
    4. _____retraité(e)

12. Commentaires supplémentaires :

Merci de votre temps et collaboration.

Groupe consultatif du ministre sur la promotion de la santé

ANNEXE F

STRATÉGIES INTERSECTORIELLES POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ

S'attaquer aux problèmes de santé ne constitue pas le seul mandat du ministère de la Santé. De fait, le ministère peut n'avoir que très peu de contrôle sur certains facteurs clés ayant une influence sur notre santé.

La santé est une responsabilité qui incombe au gouvernement de l'Ontario, aux groupes publics et privés, aux collectivités et aux individus.

Nous avons entendu maintes et maintes fois au cours du Projet de dialogue communautaire qu'il sévissait le besoin de coordonner les démarches et d'élaborer des politiques, procédures et programmes complets au sein de tous les secteurs. C'est une entreprise, bien que difficile et stimulante, qui promet des récompenses attrayantes sur le plan du contrôle des coûts des soins de la santé.

Voici un exemple d'une démarche intersectorielle dans le cadre de la question des occasions accrues d'activités physiques et de connaissances en matière de santé.

Exemple : Stratégies intersectorielles pour la promotion de l'activité physique et des connaissances en matière de santé

OBJECTIFS GÉNÉRAUX DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

1. Faire des déclarations de politiques claires concernant la place que tient l'activité physique et les connaissances en matière de santé dans le cadre du développement de la santé des Ontariens.

2. Encourager la recherche dans ces secteurs.

3. Fournir des ressources assorties pour des programmes qui encouragent l'activité physique et les connaissances en matière de santé.

4. Encourager les autres ministères et les groupes communautaires à prendre des mesures positives en vue de promouvoir l'activité physique et les connaissances en matière de santé.

MESURES RECOMMANDÉES

Ministère de la Santé

1. Élaborer des installations de base de conditionnement physique avec douches et vestiaires dans tous les bâtiments, notamment les hôpitaux et autres établissements de soins de santé.
2. Élaborer des indices de santé relatifs aux acivités physiques pour tous les groupes d'âge.
3. Établir un programme d'études en éducation de la santé K-13 (avec le ministère de l'Éducation).

Ministère de l'Éducation

1. Mandater l'éducation physique quotidienne K-13.
2. Élaborer des programmes d'etudes K-13 (avec le ministère de la Santé)
3. Planifier des installations communautaires, scolaires et de parcs ensemble (avec le ministère du Tourisme et des Loisirs et le gouvernement municipal).

Ministère du Tourisme et des Loisirs

1. Planifier des installations communautaires, scolaires et de parcs ensemble (avec le ministère de l'Éducation et le gouvernement municipal).
2. Assurer l'accès à des installations et des programmes aux personnes pauvres, handicapées, âgées, etc.
3. Encourager la planification intelligente d'installations et de programmes communautaires pour répondre aux besoins des gens.

Ministère du Procureur général

1. Élaborer un législation relative à l'équité des chances.

Ministère de la Consommation et du Commerce

1. Élaborer des concessions fiscales pour :
   - Les souscriptions à des clubs de santé
   - Le matériel de conditionnement physique
   - Les aliments nutritifs

Ministères des Collèges et Universités

1. Inclure un cours d'éducation physique dans le formation de tous les enseignants K-6
2. Inclure une information sur l'importance de l'activité physique et de la santé dans «les cours du directeur».
3. Mettre à la portée de tous les collèges et universités des installations d'éducation physique.

Gouvernements municipaux

1. Accroître le développement des installations de conditionnement physique pour adultes dans les parcs et autres cadres, p. ex. :
   Pistes de conditionnement physique
   Pistes cyclables
   Chemins de jogging
   Courts de tennis
2. Veiller à prévoir suffisamment de temps pour les activités des adultes dans les installations de loisirs, p. ex. :
   Patinage pour adultes
   Natation pour adultes
3. Inciter l'élaboration de programmes de loisirs à caractère non compétitif pour la jeunesse, p. ex. :
   Hockey
   Soccer, etc.
4. Accroître les subventions municipales aux organismes communautaires de conditionnement physique, p. ex. :
   YM(W)CA
   Clubs sportifs

Association d'éducation physique et sanitaire de l'Ontario
(Groupe professionnel)

1. Élaborer des plans visant la mise en œuvre de l'éducation physique quotidienne de qualité.
2. Élaborer des ligne directrices pour les programmes d'études K-13 en matière d'éducation physique.
3. Élaborer une ligne directrice pour les programmes d'études K-13 de santé, avec des professionnels de la santé.

Industrie

1. Mettre sur pied des complexes et des programmes de conditionnement physique/loisirs sur les lieux du travail.

ANNEXE G

QUESTIONS SOULEVÉES DANS CHAQUE COLLECTIVITÉ

A - soulevées aux réunions préliminaires
T - soulevées aux tribunes communautaires
* - discutées à la partie B : Les profils des collectivités

BARRIE

- Plus grand hôpital nécessaire (AT*)
- Manque de lits pour malades chroniques (AT*)
- Manque de conseillers en santé mentale (A)
- Pénurie de logements subventionnés (A*)
- Manque de transports pour les régions environnantes (A)
- Manque de bénévoles (A)
- Manque d'installations de loisirs accessibles (A)]
- Manque de programmes communautaires de la santé mentale (AT*)
- Taux élevé d'abus de substances
- Manque de transports pour les personnes âgées ayant des besoins spéciaux (A)
- Inquiétudes concernant la dérégularisation de la naturopathie (T*)
- Inquiétudes concernant la publicité dans les médias impliquant des modes de vie malsains (p. ex. tabac, alcool) (T)
- Inéquités sur le plan du financement des lits de soins infirmiers et pour les enfants handicapés (T*)
- Promotion insuffisante de l'allaitement au sein (T)
- Manque de maisons de soins infirmiers pour les handicapés (T)
- Portée étroite des campagnes de promotion de la santé dans les médias (T)
- Besoin d'un plus grand nombre de bureaux de santé communautaires (T)

CORNWALL

- Pollution environnementale (AT*)
- Besoins sur le plan de la santé mentale (AT*)
- Manque de lits pour malades chroniques (AT*)
- Manque de services de transport et de soins à domicile (AT*)
- Taux élevé de maladies cardiovasculaires (AT*)
- Manque d'installations et d'activités de conditionnement physique et de loisirs (A*)
- Taux de tabagisme élevé (A*)
- Incidence élevée d'abus sexuels (A)
- Manque de matériel éducatif en français (A)
- Manque d'établissements de traitement de l'alcoolisme (A)
- Mauvaise nutrition dans les régions rurales (A)
- Manque de connaissance et de matériel éducatif sur le Sida (A)
- Manque de bénévoles (A)
- Tension et peu d'amour-propre chez les parents célibataires et les familles à faible revenu (A)
- Mauvais environnement de travail à l'usine locale (A)
- Érosion du mode de vie traditionnel des autochtones (A*)
- Manque de reconnaissance et de ressources pour les infirmières de la santé publique (A)
- Taux élevé de femmes âgées sur le seuil de la pauvreté (A)
- Manque de conditionnement physique et de loisirs dans le système scolaire (T*)
- Lieu de travail - tension et maladie s'y rapportant (T*)
- Manque de bases de données communautaires (T)
- Barrières culturelles auxquelles font face les groupes ethniques (T)
- Programmes de poids inaccessibles, à cause du coût (T)
- Mise en application du règlement municipal concernant les aires de stationnement réservées aux personnes handicapées (T)

DRYDEN

- Lacunes dans le Programme de subventions pour frais de transports aux fins médicales dans le Nord (AT*)
- Manque d'éducation en matière de nutrition (T*)
- Accessibilité aux médecins et spécialistes (AT*)
- Manque de travailleurs dans la santé mentale (A)
- Manque de services pour les régions environnantes (AT)
- Duplication des services (AT*)
- Hausse du chômage (A)
- Manque d'éducation concernant les maladies à transmission sexuelle (A)
- Pénurie de logements pour les personnes ayant des besoins spéciaux (AT)
- Manque de conseillers sur le plan des drogues et de l'alcool (A)
- Manque de transports pour les personnes âgées (AT*)
- Manque d'éducation concernant le diabète (A)
- Manque d'éducation concernant les dangers sur les lieux de travail (A)
- Tension (A)
- Manque d'informations centralisées sur la santé (A)
- Pollution (AT)
- Manque de soutien/soins à domicile pour les personnes âgées (AT*)
- Manque de communication entre les groupes communautaires et les organismes (A)
- Abus de la drogue et de l'alcool (A)
- Manque de soins de relève (A)
- Taux élevé d'infections de l'oreille moyenne (A)
- Manque d'accessibilité aux appareils et prothèses (T)
- Manque d'éducation physique dans les écoles (T*)
- Besoins sur le plan de la santé mentale (T)
- Manque de compétences sur les premiers soins enseignées dans les écoles (T)
- Manque de communication et de collaboration entre les ministères (T)
- Manque de services de soins dentaires (T)
- Manque de lits pour les malades chroniques (T)
- Manque de financement et de recherche sur le plan de la promotion de la santé (T)
- Tabagisme chez les jeunes (T)

HAMILTON

- Pollution environnementale (AT*)
- Manque de transports au sein de la ville et vers les localités environnantes (A*)
- Pénurie de logements abordables et décents (A*)
- Accès à l'information et aux services de santé pour les groupes ethniques (p. ex. barrières de langue) (A)
- Manque de collaboration et de soins à domicile chez les groupes de personnes âgées (AT*)
- Manque d'installations et d'activités accessibles pour les jeunes (A)
- Taux élevé d'alcoolisme (A)
- Manque d'éducation en matière de nutrition et de conditionnement physique dans les écoles (AT*)
- Taux élevé d'abus sexuel et de violence familiale (A)
- Financement et budget inadéquats pour la promotion de la santé (T)
- Dérégularisation de la naturopathie (T*)
- Arrosage chimique des pelouses, arbres, arbustes, etc. (T*)
- Surprescription des médicaments suscitant des incapacités (T*)
- Problèmes rencontrés par les enfants en difficulté d'apprentissage et leurs familles (T*)
- Éducation en matière de santé insuffisante dans les hôpitaux à l'intention des patients et de leurs familles (T)
- Perte de parcs et de terrains verts attribuable au développement (T)
- Incidence croissante des troubles de l'alimentation (T*)
- Étiquetage inadéquat des aliments et médicaments (T)
- Préventions des traumatismes dûs aux accidents de la route (T*)
- Difficultés éprouvées par les gens atteints de schizophrénie (T)
- Manque d'éducation concernant les droits des gens en matière de soins de santé (T)
- Enlèvement du plomb de l'essence (T)
- Difficultés concernant l'intégration, dans des écoles ordinaires, des enfants handicapés dans leur développement (T)
- Besoin d'un bureau de santé communautaire et d'un centre de soins ambulatoires (T)

OTTAWA

- Propositions de financement compliquées et déroutantes (AT*)
- Manque de financement pour la promotion de la santé (AT*)
- Pénurie de logements adéquats et abordables (AT*)
- Manque de garderies de jour d'enfants (AT)
- Manque de programmes de soutien communautaire pour la santé mentale destinés aux anciens patients psychiatriques (AT*)
- Manque d'informations et de services de santé en diverses langues (AT*)
- Manque de traducteurs (AT*)
- Manque de nourriture et de vêtements pour les pauvres (AT*)
- Manque de services de transport et de soutien à domicile pour les personnes âgée (A*)
- Duplication des services parmi les groupes et les associations communautaires (A)
- Niveau élevé de tension éprouvé chez les femmes immigrantes (A)
- Accroissement du nombre de personnes ayant besoin de l'assistance des banques d'aliments (A)
- Manque de bénévoles (A)
- Manque de soins de relève (A)
- Inquiétudes concernant les ventes de bière et vins dans les épiceries (T)
- Manque de nutrition chez les pauvres et les chômeurs (AT*)
- Manque d'engagement de la part du gouvernement envers la promotion de la santé (T)
- Manque d'information concernant les lois du travail (T)
- Taux élevé d'analphabétisme (T)
- Manque de compréhension concernant les besoins multiculturels (T)
- Inquiétudes concernant l'arrosage chimique des pelouses, arbres, arbustes, etc. (T)
- Manque de collaboration et de communication entre les ministères gouvernementaux et les organismes communautaires (T*)]
- Inquiétudes concernant la dérégularisation de la naturopathie (T*)
- Promotion de la santé insuffisante parmi les jeunes et les personnes âgées (T)
- Manque de programmes de soutien pour les personnes sexuellement abusées (T)

Restrictions sur l'éducation en matière de santé dans les écoles (T)

- Manque d'éducation physique dans les écoles (T)
- Inquiétudes concernant les modifications apportées à la Loi sur la santé mentale

PETROLIA

- Pollution (AT*)
- Pénurie de logements (A*)
- Manque de collaboration et de communication avec le gouvernement (A*)
- Inquiétudes concernant la qualité des soins hospitaliers (A*)
- Manque de transports et de programmes de soutien pour les personnes âgées (A*)
- Manque de services communautaires de la santé mentale (A)
- Tension éprouvée par les fermiers (AT)
- Installations et programmes de loisirs inaccessibles aux personnes à revenu faible (A)
- Duplication de services par les organismes et les groupes communautaires (AT)
- Manque de spécialistes et autres professionnels de la santé (A*)
- Manque d'éducation en matière de nutrition (AT)
- Manque de lits pour malades chroniques (A)
- Grossesses chez les adolescentes (A)
- Manque de soins à domicile pour les personnes âgées (AT*)
- Manque de services et de programmes pour les handicapés (AT)
- Inquiétudes concernant la dérégularisation de la naturopathie (T*)
- Manque de contrôle et d'éducation concernant l'usage et le contrôle des angrais et des produits chimiques (T)
- Surprescription des médicaments (T)
- Manque de financement pour le promotion de la santé (T)
- Besoin de collaboration interministérielle
- Manque d'éducation en matière de santé dans les écoles (T)

SAULT-SAINTE-MARIE

- Pollution environnementale (A*)
- Manque de spécialistes (AT*)
- Manque de matériel médical, tel que tomographes en transverse et respirateurs (AT*)
- Manque de lits pour malades chroniques (A*)
- Manque de transports et de programmes de soutien à domicile pour les personnes âgées (A*)
- Activités de loisirs et de conditionnement physique inaccessibles (A*)
- Manque d'informations et de services de santé en diverses langues (AT*)
- Taux élevé d'alcoolisme et d'abus de substances (A*)
- Taux élevé de divorce (A)
- Niveau élevé de tension (A)
- Manque de programmes de soutien pour les chômeurs (A)
- Manque d'activités pour les jeunes (A)
- Écarts dans les services et les transports pour les régions rurales (AT)
- Manque de garderies de jour d'enfants (A)
- Manque d'accessibilité aux programmes de lutte contre le tabac (A)
- Cas croissants d'inceste (A)
- Besoin de développer le programme actuel Telmed en d'autres langues (A)
- Besoin d'un épidémiologiste et de données locales (A)
- Besoin d'un poste d'éducateur de la santé au sein du service de la santé publique (A0
- Besoin d'un centre d'information (A*)
- Dérégularisation de la naturopathie (T)
- Inquiétudes quand aux pauvres et leur capacité à payer leurs médicament (T)
- Manque d'informations et de services en ce qui a trait aux appareils et prothèses (T)
- Manque de financement pour la promotion de la santé en général et pour les services de la santé publique (T)
- Manque d'éducation en matière de nutrition pour les gens à faible revenu (T)
- Manque de spécialistes (T)
- Manque de services pour les régions rurales (T)

TIMMINS

- Taux élevé d'alcoolisme et d'abus de drogues (AT*)
- Taux élevé de suicide (A*)
- Taux élevé d'inceste et de mauvais traitement infligé aux enfants (A*)
- Niveau élevé de tension (A*)
- Manque de transports et de soutien à domicile pour les personnes âgées (A*)
- Taux élevé de grossesse chez les adolescentes (A)
- Manque d'activités pour les jeunes (A*)
- Manque d'installations de loisirs et de parcs (A*)
- Manque d'informations et de services de santé en français (A)
- Manque de lits pour malades chroniques et de lits pour soins de relève aux enfants (AT)
- Pénurie de logements abordables (A)
- Taux de carrie dentaire élevé (A)
- Tabagisme chez les adolescents (A)
- Manque de spécialistes et autres professionnels de la santé (p. ex. ergothérapeutes, physiothérapeutes, etc) (A)
- Manque de financement pour la promotion de la santé (T*)
- Manque de communication et de collaboration inter et intra ministérielles (T*)
- Inquiétudes concernant la compensation des travailleurs ayant une maladie causée par le l'environnement au travail(T)
- Éducation inadéquate en matière de santé dans les écoles (T)
- Inquiétudes des autochtones (T*)
- Pensions d'invalidité insuffisantes pour ceux atteints de maladies mentales (T)
- Manque de compréhension et de connaissances chez le médecin concernant les cas d'inceste, d'assaut sexuel et de femme battue (T)
- Besoin d'un autre foyer pour femmes battues (T)
- Manque d'informations concernant les dangers et les substances toxiques sur les lieux du travail (T)

WINDSOR

- Pollution de l'eau (AT*)
- Base de données inadéquate (T)
- Qualité des soins hospitaliers (A*)
- Inquiétudes sur le plan de la santé mentale (AT*)
- Manque d'activités de loisirs pour les les adolescents et les gens ayant des besoins spéciaux. (AT)
- Manque d'informations concernant le Sida (A)
- Prostitution (A)
- Tension (A)
- Chômage (A)
- Manque de transports pour les gens ayant des besoins spéciaux (A)
- Manque de connaissances concernant la promotion de la santé (A*)
- Manque de coordination entre les organismes communautaires et les ministères gouvernementaux (AT)
- Alcoolisme et abus de drogues (A)
- Base de données régionales inadéquate (T)
- Inquiétudes concernant la dérégularisation de la naturopathie (T*)
- Manque de protection des non-fumeurs (T)
- Inquiétudes concernant l'entreposage et l'élimination des produits chimiques (T*)
- Dangers sur les lieux de travail (T*)
- Manque de reconnaissance de la profession de sage-femme (T)
- Manque de financement pour les programmes de promotion de la santé (T)
- Manque de financement pour les programmes de soins de santé de longue duré (T)
- Violence domestique (T*)